Casuistische Beiträge

zur

Hysterie beim Manne.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 31. Januar 1891

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Gustav Mann

aus Stuttgart.

OPPONENTEN:

Hr. Cand. med. F. F. v. Buchka.
- Cand. med. H. Küntzel.
- Cand. med. L. Schaller.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seitdem Briquet im Jahre 1859 die Möglichkeit einer hysterischen Erkrankung beim Manne zugegeben hatte, beschäftigte man sich mit dieser Frage. Da die Untersuchungen über die Hysterie gerade in der neueren Zeit wieder mehr in Aufnahme kamen und unsere Kenntniss von dieser Neurose bereicherten, so erfuhr auch die männliche Hysterie eine eingehendere Beachtung und Behandlung.

In den Vordergrund des Interesses ist augenblicklich die Frage nach der Ätiologie getreten. Die meisten Autoren sind nun insofern einig, als sie die combinierte Wirkung einer Prädisposition und einer Gelegenheitsursache annehmen. Die Prädisposition kann vererbt sein von den Eltern, namentlich den Müttern, die entweder selbst hysterisch oder neuropathisch veranlagt sind, und diese vererbte Disposition wird allgemein als hauptsächlich wirkendes Moment angesehen. Weiter kann es sich auch, wie Eichhorst[1]) besonders betont, um eine angeborene Anlage handeln bei Kindern, deren Eltern zur Zeit der Zeugung durch Krankheiten (namentlich Phthise) oder andere Umstände entkräftet waren oder sich schon in vorgerücktem Lebensalter befanden.

Endlich kann eine erworbene Disposition die Ursache der Erkrankung sein und hier kommt das ganze Heer schädlicher Einflüsse in Betracht, die während des Lebens an den Menschen herantreten und durch ihre zuweilen cumulierende Wirkung die Disposition schaffen. Dies sind zugleich auch jene Noxen, die zur Gelegenheitsursache werden und das Leiden in Erscheinung treten lassen können.

Diese Gelegenheitsursachen hat Guinon[2]) in einer ausführlichen Arbeit einer näheren Betrachtung unterworfen. Darin spricht er vor allen Dingen — übrigens in völliger Übereinstimmung mit andern Forschern, so namentlich mit Jolly[3]) — der Erziehung einen ausserordentlich grossen Einfluss auf den Ausbruch der Krankheit zu: ob die Erziehung nun zu nachgiebig und verweichlichend oder zu hart und rigoros war, beides kann

das Auftreten der Hysterie veranlassen. Die Begünstigung der Frühreife der Kinder, die Erhitzung der Phantasie durch Lectüre, die Beförderung geschlechtlicher Reize, andererseits barsche Behandlung, das Einschüchtern, Erschrecken und Fürchtenmachen, sowie Schläge sind gleich schädlich für das labile Nervensystem der Kinder. Es kommt ferner, hauptsächlich bei jungen Personen, der Nachahmungstrieb in Betracht, der — gemeinsam mit der Prädisposition wirkend — jene gar nicht so selten beobachteten Epidemien von Hysterie hervorruft.

Wenn wir näher auf einzelne Ursachen eingehen, so finden wir, dass eine allgemein schwächliche Constitution, eine schlechte Ernährung, fortgesetzt anstrengende geistige oder körperliche Arbeit, sexuelle Excesse, schwächende Krankheiten, wie Anämie, Chlorose, Typhus, Phthise, sodann die Schwangerschaft, Entbindung und das Wochenbett die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems herabsetzen und so einen Ausbruch der Krankheit erleichtern. Besonderes Gewicht ist auf die Leiden der Genitalien zu legen und zwar ist nicht bloss beim Weibe, bei dem ja gerade auch im psychischen Leben die Geschlechtssphäre eine grössere Rolle spielt, sondern auch beim Manne im Anschluss an Genitalleiden Hysterie beobachtet worden. So führt Marie[4]) verschiedene hierher gehörende Fälle an, sodann veröffentlichte Reischauer[5]) einen Fall, wo die Krankheit nach einer Urethrotomia externa ausbrach, und in derselben Arbeit finden wir auch eine Krankengeschichte von Weiss, wo die Exstirpation beider Hoden die Hysterie im Gefolge hatte.

Zahlreich sind die sonstigen Gelegenheitsursachen, die von Guinon für die Hysterie angeführt werden. Kaum ein einziges Leiden gibt es, welches nach seiner Ansicht nicht gelegentlich eine Hysterie auszulösen im Stande wäre. Unter den mannigfaltigen veranlassenden Schädlichkeiten verdient eine der besonderen Erwähnung: das Trauma, weil gerade dieses die Urheberschaft für ein der Hysterie verwandtes Leiden abgeben kann, für den Symptomencomplex der traumatischen Neurose. Beide Krankheitsformen, die im Gefolge des Traumas entstehen können, Hysterie und traumatische Neurose, zeigen nahe Beziehungen. Eine scharfe Trennung kann zuweilen Schwierigkeiten bereiten, denn wir sehen eine Reihe von Symptomen, welche der Hysterie eigen sind, auch bei der traumatischen Neurose entstehen. Es ist desshalb auch heute noch der Streit lebhaft entbrannt über die Frage der Berechtigung eines selbstständigen Krankheitsbildes der traumatischen Neurose im Sinne Oppenheims[6]).

Dieser Autor befindet sich über die Entstehungsweise und darüber, dass das Wesen der Erkrankung in cerebralen, functionellen Störungen beruht, mit seinen Gegnern, so namentlich mit Charcot[7]), in vollem Einverständniss; doch, so meint Oppenheim, ist damit „nicht die Berechtigung gegeben, alle diese Symptome und Symptomenbilder unter den Krankheitsbegriff Hysterie zu bringen und wie die französischen Autoren von einer Nevrose hystéro-traumatique zu sprechen". Oppenheim fühlt sich vielmehr veranlasst, wie man ja auch nicht die andern functionellen Neurosen schlechtweg zur Hysterie rechnet, die traumatische Neurose von der Hysterie zu trennen und er gibt eine Anzahl von Unterscheidungsmerkmalen.

Vor allen Dingen ist nach seinen Ausführungen die psychische Veränderung pathognomonisch, welche die Kranken erfahren, und zwar ist es hauptsächlich die melancholische Grundstimmung, welche dem Wesen des Patienten den Stempel aufdrückt. Der Kranke wird wortkarg, menschenscheu und hängt immer seinen traurigen Vorstellungen nach, welche jenen Unfall und das daraus resultierende Leiden zum Mittelpunkt haben. Dabei besteht das Gefühl der Angst und Beklemmung und ausserdem fällt die grosse Reizbarkeit und der hypochondrische Charakter der Seelenstörung ins Gewicht.

Es werden ferner als charakteristische Symptome die den Unfall betreffenden Träume angeführt und als von grosser differentialdiagnostischer Bedeutung gegenüber der Hysterie die ausserordentliche Hartnäckigkeit und Stabilität der objectiven Erscheinungen hervorgehoben. In einem Aufsatz[8]) späteren Datums betont Oppenheim noch einen Punkt: den Mangel einer Prädisposition; er fand unter seinen Patienten sehr viele Kranke, die vor dem Unfall ganz gesund und durchaus nicht als Prädisponierte zu betrachten waren, wie sich dies gewöhnlich für die Hysterischen nachweisen lässt. Dies alles soll erklären, warum die traumatische Neurose als selbstständige Krankheit aufrecht erhalten wird.

Was nun die Symptome und den Verlauf der Hysterie betrifft, so sind die Erscheinungen, die bei der hysterischen Erkrankung der Frauen auftreten, zu bekannt, um eine weitere Besprechung zu rechtfertigen. Um nun zu sehen, ob und in wieweit die Hysterie der Männer ein ähnliches oder gleiches Bild zeigt, wie die der Frauen, wenden wir uns zu den Krankengeschichten, welche Herr Dr. Siemerling die Güte hatte, mir zur Veröffentlichung zu übergeben.

Fall I.

W. R., Gärtner, 55 Jahre alt, aufgenommen 5. Mai 1889, entlassen 16. October 1889.

Nervöse Prädisposition — nach Gemütsbewegung Auftreten von linksseitiger schlaffer Lähmung mit Sprachstörung und Beteiligung des Facialis und Hypoglossus — linksseitige Sensibilitätsstörung — Mitergriffensein sämmtlicher Sinnesorgane hauptsächlich der linken Seite — vasomotorische Erscheinungen, Herzarhythmie, Cyanose — rasches Verschwinden und periodisch anfallsweises Wiederauftreten der Symptome.

Anamnese: Über hereditäre Verhältnisse ist nichts zu eruieren. Lues und Potus werden negiert; dagegen gibt der Kranke zu, dass er von früher Jugend an geraucht hat und mit der Zeit ein sehr starker Raucher wurde: jetzt raucht er täglich 10—12 Cuba-Cigarren.

Der Patient macht nun weiter die Angabe, dass er früher ein bedeutendes Vermögen besass, Verwalter von grossen Gütern in Russland war, dass er sodann im amerikanischen Bürgerkriege diente, wobei er mehrfach verwundet wurde: unter anderem erhielt er auch einen Säbelhieb über die Stirn, und seit dieser Zeit leidet er fortgesetzt an heftigen rechtsseitigen Kopfschmerzen.

Im Jahre 1887 nun, so berichtet er, hatte er infolge einer traurigen Nachricht einen „Schlaganfall" bekommen, der sich in Verlust der Sprache, sowie motorischer und sensibler Lähmung der linken Körperhälfte äusserte. Nach ungefähr 14 Tagen trat Besserung ein, d. h. die Sprache kam nach und nach wieder, ebenso erlangten die linken Extremitäten wieder ihre normale Kraft und Beweglichkeit, die Sensibilitätsstörung der linken Seite bestand dagegen fort. Dabei hatten die Kopfschmerzen eine bedeutende Steigerung erlitten.

Nach 2 Monaten wiederholte sich der Anfall, der genau das Bild des ersten wiedergegeben haben soll. Es folgten noch mehrere Anfälle, so dass er bis vor 3 Vierteljahren 5 Anfälle im Ganzen überstanden hatte. Seit dieser Zeit sind dieselben öfters aufgetreten, aber nicht so schwer und stets von kürzerer Dauer. 4 Monate vor seiner jetzigen Aufnahme lag er 8 Wochen lang auf der hiesigen III. medizinischen Klinik wegen eines solchen Anfalls, der ebenfalls den vorhergegangenen gleich verlaufen sein soll; bei der Untersuchung wurde links eine hochgradige Einengung des Gesichtsfelds für Farben festgestellt. Die Anästhesie und Analgesie waren so bedeutend, dass ihm mehrere kleine Lipome der linken Seite ohne Narcose exstirpiert werden konnten. Nach einigen Tagen konnte er wieder sprechen und die Extremitäten frei bewegen; die Sensibilität kam durch Transfertbehandlung allmählig wieder, doch nicht in vollem Umfange, vielmehr wurde nur ein Gefühl von Taubsein erreicht. Die Kopfschmerzen wurden zuerst mit grossen Dosen von Antifebrin, noch erfolgreicher mit Camphor. monobrom. behandelt. Auf der Klinik hatte der Patient noch mehrere Anfälle, wurde aber schliesslich auf seinen Wunsch entlassen.

Draussen soll er dann wieder einige Anfälle gehabt haben, den letzten kurz vor seiner Aufnahme am 5. Mai 1889, Abends 9 Uhr.

Uber die Entstehung dieses Anfalls weiss er zu berichten, dass er den ganzen Tag über sehr angestrengt gearbeitet hatte und dass ihm dabei sehr warm geworden war. Die Kopfschmerzen sollen in den letzten Tagen sehr stark gewesen sein.

Vor den Anfällen, sagt er, wird ihm blau vor den Augen und dann fällt er bewusstlos um. Wie lange er ohne Besinnung bleibt, kann er nicht angeben. Er soll sich niemals auf die Zunge gebissen oder spontan Urin entleert haben.

Status am 6. Mai 1889: Der Patient macht einen sehr deprimierten Eindruck, bringt alles mit halbleiser, kläglicher Stimme vor und sagt selbst, dass er sonst heiterer und aufgelegter sei.

Die specielle Untersuchung ergibt nun folgendes Resultat.

Die Pupillen sind gleich gross, mittelweit, reagieren gut. Die Augenbewegungen sind normal. Die beiden Gesichtshälften zeigen keine Differenz. Die Zunge wird äusserst langsam gerade herausgestreckt; es sind keine Narben auf ihr zu sehen.

Die Sprache ist langsam und erschwert, die Worte werden nur mühsam hervorgebracht; es soll sich dieser Zustand jedoch seit gestern Abend schon wieder gebessert haben.

Die linke Oberextremität hängt schwer am Körper herab, ebenso verhält sich die linke Unterextremität: es besteht eine vollständige schlaffe Lähmung. Die beiden rechten Extremitäten zeigen normale Kraft und Beweglichkeit.

Das Kniephänomen erscheint beiderseits etwas verstärkt; beide Seiten zeigen Triceps- und Achillessehnenphänomen.

Die Sensibilitätsprüfung ergibt für links Verlust der Berührungsempfindlichkeit, doch werden lang geführte Pinselstriche, wenn auch nicht constant, angegeben. Die Schmerzempfindung ist links vollkommen erloschen, selbst für starke Reize an sonst sehr empfindlichen Stellen. Die Grenze der analgetischen Körperzone deckt sich vorne und hinten genau mit der Mittellinie des Körpers und zwar so, dass auch die Genitalien halbseitig befallen sind. Stellen, welche auf der linken Seite ihre Empfindlichkeit behalten haben, sind die Gegend der Orbita und der Warzenhof, an der Oberextremität die Achselhöhle, die Ellbogenbeuge und der Handteller, an der Unterextremität die Kniekehle und ein etwa handtellergrosser Bezirk an der Fusssohle. Auf der rechten Seite anästhetisch sind der ganze rechte Oberarm vom Schulter- bis zum Ellbogengelenk und sämmtliche fünf Finger vom Metacarpophalangealgelenk an. Die Zunge hat die Empfindlichkeit auf beiden Seiten verloren.

Der Temperatursinn ist links gleichfalls total erloschen, auch rechts wird die Temperatur nicht immer richtig angegeben.

Der Muskelsinn ist links stark gestört, so dass die Vornahme auch grosser und ausgedehnter Lageveränderungen nicht bemerkt wird.

Die Gesichtsfeldaufnahme gibt folgendes Resultat:

Linkes Auge:	Weiss.	Aussen	13.	Oben	14.
		Innen	10.	Unten	10.
	Blau.	Aussen	10.	Oben	10.
		Innen	5.	Unten	8.
	Rot.	Aussen	4.	Oben	5.
		Innen	3.	Unten	3.
	Grün.	Aussen	8.	Oben	8.
		Innen	5.	Unten	5.

Rechtes Auge:	Weiss.	Aussen	55.	Oben	38.
		Innen	40.	Unten	40.
	Blau.	Aussen	45.	Oben	30.
		Innen	35.	Unten	35.
	Rot.	Aussen	40.	Oben	30.
		Innen	25.	Unten	30.
	Grün.	Aussen	30.	Oben	23.
		Innen	20.	Unten	25.

Links besteht Dyschromatopsie: Weiss wird als hellgelb, Blau als mattblau, Rot als mattgelb bezeichnet; Grün wird richtig erkannt.

Finger werden links nicht gezählt, ophthalmoskopisch ist nichts nachweisbar.

Das Gehör ist links hochgradig herabgesetzt; selbst lautes Sprechen wird erst dicht vor dem Ohr gehört. Rechts wird Flüstersprache in einer Entfernung von 2 Fuss verstanden. Die Leitung durch die Kopfknochen ist für hohe und tiefe Töne links aufgehoben, rechts erhalten.

Der Geruchsinn ist links völlig erloschen; rechts wird Ol. Menth. piperit. als gut, Tinctur. As. foetid. als brenzlich bezeichnet.

Der Geschmack ist beiderseits für Chinin und Natr. chlorat. vollkommen erloschen.

Die Herzdämpfung ist normal, die Töne sind rein, der Puls ist regelmässig und von guter Spannung, es besteht keine Atheromatose der Gefässe. Der Urin enthält keine pathologischen Bestandtheile.

Um $10^1/_2$ Uhr Morgens kann der Kranke schon wieder die Zehen des in der Frühe völlig paralytischen linken Beins und auch dieses selbst etwas bewegen.

Nachmittags um 5 Uhr ist die Besserung noch weiter vorgeschritten: wenn er sich mit der rechten Hand an den Betten hält und sich so stützt, kann er sich allein und ohne Hilfe fortbewegen. Dabei wird das rechte Bein stets vorgesetzt, das linke nachgeschleift.

Wenn er liegt, kann er das linke Bein etwa einen Fuss hoch von der Unterlage emporheben; der linke Arm hängt noch ganz schlaff herab und kann nur etwas in der Schulter bewegt werden.

Am Morgen des 7. Mai kann der Patient schon ganz gut gehen, ohne sich stützen zu müssen: das Nachschleppen des linken Beins ist kaum merklich. Er ist den ganzen Tag ausser Bett. Der linke Arm ist im Schultergelenk ebenfalls besser beweglich als Tags zuvor; Unterarm, Hand und Finger sind noch immer total gelähmt.

Die Gefühllosigkeit zeigt nun ein etwas anderes Bild als bei der ersten Untersuchung. Dieselbe greift bedeutend auf die rechte Seite über; das ganze Gesicht und der Hinterkopf sind befallen, während die rechte Scheitelbeingegend und die untere Halspartie rechts ihr Gefühl behalten haben. Ferner ist das ganze Abdomen anästhetisch und zwar zieht sich die obere Grenzlinie vom Ende des Processus xyphoideus längs des Rippenbogens nach hinten, während die untere Grenze der anästhetischen Partie in der Inguinalfurche nach oben zieht und in die Analfurche einmündet. Der rechte Oberarm ist wie früher befallen, die Beugeseite des Vorderarms hat ihre Sensibilität verloren, während dieselbe auf der Streckseite und in der Ellbogenbeuge erhalten ist. Die fünf Finger der rechten Hand sind ebenfalls auf der Beugeseite anästhetisch; Vola und Dorsum manus, ebenso die Streckseite der Finger zeigen normale Sensibilität. Frei von der Empfindungsstörung

sind auch noch die beiden Orbitalgegenden, der linke Warzenhof, die linke Vola manus und Planta pedis, sowie die Genitalien.

Der Kranke unterstützt die Sensibilitätsprüfungen sehr verständig und zeichnet selbst den Befund mit Geschick auf.

Seine Klagen beziehen sich auf sehr heftige rechtsseitige Kopfschmerzen.

Am Nachmittage geht er ohne jegliche Störung; nun kann er auch bereits den Arm im Schulter- und Ellbogengelenk bewegen. Hand- und Fingergelenke sind noch immer funktionsunfähig.

Abends erkennt er links Finger in ein Fuss Entfernung. Auch das Gehör hat sich gebessert: er versteht links gewöhnliche Sprache schon in ein Fuss.

Am Morgen des 8. Mai zeigt der linke Arm des Patienten dieselbe Beweglichkeit wie der rechte, nur die grobe motorische Kraft ist noch etwas herabgesetzt.

Während der Klinik wird dem Patienten an der Aussenseite des linken Oberarms während eines Zeitraums von $1^1/_2$ Stunden ein falscher Magnet angelegt; darnach kommt das Gefühl in Form eines dumpfen Drucks wieder, um an der entsprechenden Stelle des rechten Oberarms zu verschwinden.

Eine Gesichtsfeldprüfung zeigt folgendes:

Linkes Auge:	Weiss.	Aussen	75.	Oben	58.
		Innen	60.	Unten	58.
	Blau.	Aussen	70.	Oben	45.
		Innen	55.	Unten	55.
	Rot.	Aussen	55.	Oben	35.
		Innen	45.	Unten	40.
	Grün.	Aussen	45.	Oben	30.
		Innen	40.	Unten	35.
Rechtes Auge:	Weiss.	Aussen	80.	Oben	58.
		Innen	58.	Unten	65.
	Blau.	Aussen	65.	Oben	50.
		Innen	55.	Unten	50.
	Rot.	Aussen	60.	Oben	45.
		Innen	50.	Unten	50.
	Grün.	Aussen	55.	Oben	40.
		Innen	45.	Unten	45.

Der Augenhintergrund zeigt dasselbe normale Bild, wie früher.

Bis zum 12. Mai haben sich sämmtliche Störungen ausgeglichen, nur die Anästhesie, wie sie die zweite Untersuchung ergab, bleibt die alte.

Der Kranke leidet an häufigen und starken Kopfschmerzen, die sich rechts und im Hinterkopf lokalisieren; er bekommt dagegen mit Erfolg Camphor. monobrom. 0,3 mit Extract. Belladonn. 0,03.

Am Morgen des 13. Mai um 8 Uhr bemerkt der Wärter, während der Patient auf dem Corridor geht, dass derselbe plötzlich ohne jeden nachweisbaren Anlass das linke Bein nachschleift und auch den Arm nicht mehr bewegen kann. Er geht mit Unterstützung bis zu seinem Bett. In den ersten 10—15 Minuten nach dem Anfall war es dem Patienten nicht möglich, ein Wort herauszubringen. Nach und nach kehrt die Sprache wieder und nach einer Stunde kann er schon ganz ordentlich sprechen.

Die Lähmung des linken Beins bessert sich ebenfalls rasch, so dass das Gehen um $10^1/_2$ Uhr bereits mit Anfassen und Halten an dem Bettrande möglich ist. Der linke Arm hängt völlig schlaff herab.

Die linke Körperhälfte ist, wie der Patient selbst probiert, total analgetisch mit Einschluss von Palma manus und Planta pedis.

Das Gehör ist in derselben Weise wie früher befallen.

Die Gesichtsfeldprüfung, $2^1/_2$ Stunden nach dem Anfall, gibt folgendes Ergebniss:

Linkes Auge:	Weiss.	Aussen	25.	Oben	20.
		Innen	15.	Unten	18.
	Blau.	Aussen	15.	Oben	15.
		Innen	10.	Unten	15.
	Rot.	Aussen	10.	Oben	10.
		Innen	8.	Unten	8.
	Grün.	Aussen	8.	Oben	8.
		Innen	4.	Unten	6.
Rechtes Auge:	Weiss.	Aussen	60.	Oben	43.
		Innen	35.	Unten	55.
	Blau.	Aussen	50.	Oben	30.
		Innen	30.	Unten	40.
	Rot.	Aussen	35.	Oben	20.
		Innen	20.	Unten	30.
	Grün.	Aussen	28.	Oben	28.
		Innen	15.	Unten	25.

Es besteht links Dyschromatopsie: Blau wird als violett, Rot als braun, Grün als blau bezeichnet.

Am nächsten Tag ist der Gang wieder vollständig normal. Der linke Oberarm ist beweglich, während Vorderarm, Hand und Finger noch immer gelähmt sind. Das Gesichtsfeld ist auch wieder normal. Am andern Morgen, dem 15. Mai, lässt sich bloss noch eine geringe Herabsetzung der groben motorischen Kraft im linken Arm constatieren.

Am Abend des 20. Mai, als der Kranke schon zu Bett liegt, bekommt er einen erneuten Anfall, der dieselben Erscheinungen, wie früher, zur Folge hat. Am nächsten Morgen vermag er wieder zu sprechen und mit Nachschleppen des linken Beines zu gehen. Der Arm bleibt gelähmt. Die Kopfschmerzen, die trotz der Medication von Camphor. monobrom. und Phenacetin stets in geringem Grade vorhanden waren, sind nach dem Anfall verschwunden.

Bis zum 25. Mai sind die Störungen nach und nach zurückgegangen; nur die Finger sind links noch gelähmt und hier kehrt die Beweglichkeit im Verlaufe der nächsten zwei Tage wieder.

Am 6. Juni, Morgens $2^1/_2$ Uhr, bekommt der Kranke abermals einen Anfall, doch diesmal leichterer Natur. Die Sprache ist nur wenig erschwert, das linke Bein ist etwas paretisch, der linke Arm dagegen vollständig gelähmt. Um 10 Uhr geht der Kranke, wenn auch noch langsam, umher. Es besteht in der linken Gesichtshälfte und dem linken Bein ein dumpfes Gefühl. Das Sehvermögen ist auf dem linken Auge stark herabgesetzt, selbst Snellen 46 wird nicht erkannt; dabei besteht links hochgradige Gesichtsfeldeinengung und Dyschromatopsie. Rechts ist das Gesichtsfeld ebenfalls eingeengt, etwa auf 40—50° für Weiss; Farben werden auf dieser Seite richtig erkannt. Eine Unter-

suchung am 9. Juni ergibt einen völlig normalen Befund, sowohl die Motilität, als auch die Sensibilität betreffend.

Am Morgen des 24. Juni fällt der Kranke plötzlich um; er wird auf einen Stuhl gesetzt, auf dem er ruhig verharrt, bis der Arzt kommt. Er macht einen niedergeschlagenen, etwas stumpfen Eindruck. Auch wenn man sehr laut zu ihm spricht, gibt er durch nichts, auch nicht durch Mienen kund, dass er das Gesagte verstanden hat.

Der linke Mundwinkel steht eine Spur tiefer, als der rechte; der linke Arm und das linke Bein sind vollständig schlaff gelähmt. Die beiden rechten Extremitäten sind vollkommen frei beweglich.

Auf Nadelstiche, auch von der rechten Seite aus, reagiert er gar nicht.

Der Puls beträgt 88 in der Minute, ist von guter Spannung.

Der Patient wird nach und nach etwas freier, er schreibt auf, er habe das Gefühl von Schwere im Kopf und sehe alles grau.

Aufgefordert, die Zunge zu zeigen, fasst er mit der rechten Hand nach dem Munde, öffnet diesen und zieht die Zunge hervor. Es ist ihm nicht möglich, zu schlucken. Auf dem rechten Ohre hört er wieder etwas und wenn man sehr laut zu ihm spricht, antwortet er schreibend.

Die Sensibilitätsprüfung, die er wie gewöhnlich unterstützt, ergibt, dass nur der rechte Unterschenkel noch Schmerzempfindung besitzt.

Die linke, schlaff herabhängende Hand ist cyanotisch und kälter als die rechte.

Jetzt fühlt sich der Patient auch wieder etwas besser, als frühmorgens nach dem Anfall. Die Lähmung der linken Extremitäten ist noch complet, ebenso der Verlust der Sprache; auch die Zunge kann er immer noch nicht hervorstrecken, sondern muss die Kiefer mit den Fingern von einander abziehen und die Zunge aus der Mundhöhle hervorholen.

Der Puls ist jetzt auf 72 Schläge in der Minute herabgegangen.

Die Pupillen sind etwas eng, reagieren auf Licht beiderseits prompt; der Cornealreflex ist auf beiden Seiten normal, der Patellarreflex ebenfalls.

Die Percussion des Schädels ist an zwei Stellen schmerzhaft: an dem Platz der linken Stirn, wo die von dem Säbelhieb herrührende Narbe sitzt und am rechten Hinterkopf unmittelbar neben der Mittellinie.

Mittags um 1 Uhr hat sich der Zustand wieder soweit gebessert, dass der Kranke in abgebrochenen Sätzen zu sprechen im Stande ist. Am Nachmittag spricht er vollkommen fliessend. Mittlerweile hat sich auch rechts die Hörfähigkeit und das Erkennungsvermögen für Farben wieder eingestellt; auch das Schlucken geht jetzt ohne Störung von statten. Abends besteht noch links die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung mit Dyschromatopsie, die complete schlaffe Lähmung der beiden linken Extremitäten und die Analgesie, die nur den rechten Unterschenkel frei lässt. Wie der Patient versichert, ist es erst das zweite Mal, dass die Sensibilitätsstörung so weit ausgebreitet ist. Er gibt auch an, er habe das Gefühl, als ob ihm der Kopf mit Blei ausgegossen wäre.

Am nächsten Morgen kann der Kranke auch schon wieder mit Unterstützung gehen, und am dritten Tage nach dem Anfall haben sich sämmtliche Störungen wieder ausgeglichen.

Am 4. Juli, Morgens, während der Kranke noch im Bett liegt, hat er plötzlich ein Gefühl von Schwindel und bemerkt eine Parese der linken Extremitäten. Die Sprache ist erhalten. Bei der Visite berichtet er den Vorgang selbst und fügt hinzu, dass er diesmal vor dem Anfall keine Kopfschmerzen gehabt habe, wie gewöhnlich. Der linke Arm fühlt sich kühler an, als der rechte; die Schmerzempfindung ist links vollkommen erloschen. Eine Gesichtsfeldprüfung ergibt links für Weiss eine Einschränkung auf etwa 10°, rechts eine solche auf 50—60°. Es besteht ein dauerndes Gefühl von Schwere in der rechten Kopfhälfte. Abends kann er schon wieder ohne Nachschleppen des Beines gehen. Das Gefühl der Schwere im Kopf besteht die nächsten Tage noch fort: er gebraucht dagegen Coffeïn. citric. in Dosen von 0,03 zweimal täglich.

Der Patient klagt am 12. Juli wieder über heftige Kopfschmerzen. Tags darauf, Morgens 9 Uhr, stürzt er auf einmal hin; er wird auf das Bett gelegt und bleibt dort auf dem Rücken liegen. Die Respiration ist beschleunigt; der Puls beträgt 88 in der Minute, dabei fällt auf, dass nach jedem 6. bis 7. Schlage eine etwas längere Pause eintritt. Die Pupillen sind gleich gross und reagieren prompt. Die Gesichtshälften zeigen keine Differenz. Als man ihn auffordert, die Zunge hervorzustrecken, stellt es sich heraus, dass ihm dies nicht möglich ist und er verfährt, wie es schon oben beschrieben ist. Die Extremitäten sind links schlaff gelähmt, rechts ist die Motilität normal. Das Kniephänomen ist beiderseits vorhanden. Die Sprache hat er völlig verloren; er versteht alles, was man sagt und macht sich durch Bewegungen seines Kopfes verständlich. Etwa 10 Minuten nach dem Anfall richtet sich der Patient auf; er kann trotz kräftiger Unterstützung nur mühsam gehen; das linke Bein bringt er gar nicht vom Boden ab. Es besteht eine linksseitige Analgesie, auch der Muskelsinn ist gestört; wenn man ihm Gegenstände, wie z. B. eine Streichholzschachtel, ein Portemonnaie oder dergleichen bei geschlossenen Augen in die Hand gibt, so erkennt er diese Dinge links nicht. Der Cornealreflex ist links stark herabgesetzt.

Finger werden selbst in unmittelbarer Nähe links nicht gezählt. Rechts besteht für Weiss eine Gesichtsfeldeinschränkung auf 50—60°.

Als sich der Patient Nachmittags im Gehen übt, sinkt er plötzlich zusammen und die Störungen verschlimmern sich wieder. Der Puls setzt nach jedem 10. bis 11. Schlage aus. Es ist ihm unmöglich zu sprechen; er kann nur einzelne Laute ausstossen. Er schreibt auf, dass er vor diesem zweiten Anfall Herzklopfen gehabt habe.

Tags darauf ist das Sprechen wieder möglich, ebenso das Gehen mit Unterstützung. Links wird Snellen 100 in 2 Fuss Entfernung gelesen. Die Besserung der übrigen Symptome erfolgt in den nächsten Tagen in derselben Weise, wie bisher.

In der Nacht vom 28. auf den 29. Juli bemerkte der Patient, wie er am nächsten Morgen erzählt, dass sich eine leichte Lähmung des linken Arms und Beins einstellte, gerade wie er vom Closet zurückkam. Die Sprache war erhalten, das Sehen auf dem linken Auge soll verschleiert gewesen sein.

Um $10^1/_2$ Uhr Morgens wird das linke Bein noch immer nachgeschleift, der linke Arm ist total gelähmt und anästhetisch. Tags zuvor war der linke Arm Sitz eines dumpfen Gefühls gewesen.

Am 30. Juli ist die Beweglichkeit des Arms im Schultergelenk wiedergekehrt, während die Anästhesie noch fortbesteht.

Am 9. August steigern sich die Kopfschmerzen im Verlauf des Tages zu enormer Höhe und Abends nach 6 Uhr bekommt der Kranke seinen Anfall. Es besteht totale linksseitige Lähmung mit Verlust der Sprache und linksseitiger Amaurose; der Patient ist ziemlich schläfrig und wird zu Bett gebracht. Am nächsten Morgen bringt ein komischer Zwischenfall denselben zum Lachen und daraufhin kehrt die Sprache plötzlich wieder. Die linken Extremitäten zeigen noch völlige Lähmung; für das linke Auge besteht Dyschromatopsie. Geruch und Geschmack sind beiderseits ganz verloren, das Gehör ist links stark herabgesetzt; er versteht Flüstersprache nicht mehr in 2 Fuss Entfernung. Wenn der Patient spricht, so bemerkt man, dass die rechte Mundhälfte dabei mehr in Aktion tritt, als die linke.

Die Sensibilitätsstörung erstreckt sich wieder auf die ganze linke Seite, nur in der Kniekehle findet sich eine Stelle, an welcher der Kranke eine dumpfe Schmerzempfindung verspürt.

Die linke Hand fühlt sich viel kühler an, als die rechte.

Der Puls ist von guter Beschaffenheit; nach dem 8. oder 10. Schlage findet eine längere Pause statt. Über dieses Aussetzen des Pulses weiss der Patient noch zu berichten, dass dasselbe vor Eintritt des Anfalls begonnen habe, und zwar habe der Puls anfangs nach dem 15. Schlage pausiert, später, kurz vor dem Insult soll die Pause schon nach jedem dritten Schlage aufgetreten sein.

Die Lähmung geht diesmal in der Weise zurück, dass zuerst die Schulter beweglich wird und der ganze Arm seine normale Motilität wieder erhält, ehe die Lähmung des Beins verschwindet. Bis zum 12. Aug. sind sämmtliche Störungen behoben.

Etwa eine Woche später hat der Kranke über eine heftige Exacerbation seiner Kopfschmerzen zu klagen, die bei subcutaner Injection von Antipyrin sofort nachlassen. Am Abend des 21. Aug. tritt ein leichter Anfall auf, der sich in einer Lähmung des linken Arms und Beins manifestiert. Nach einigen Stunden kann er schon wieder etwas gehen und am nächsten Morgen schleppt er das linke Bein nur noch ganz wenig nach. Der Puls setzt nach dem 19. bis 22. Schlage aus; der Patient will vor dem Anfall ein Aussetzen nach dem 13. Schlage bemerkt haben. Kopfschmerzen sind jetzt gar keine mehr vorhanden, es besteht nur ein Gefühl der Leere im Kopf. Bis zum 24. Aug. ist nichts mehr von den Störungen wahrzunehmen.

Am 29. Aug. klagt der Patient über eine Steigerung seiner Kopfschmerzen, Aussetzen des Pulses nach dem 6., oft nach dem 3. Schlage; es besteht niedergeschlagene Stimmung. Ein Anfall tritt nicht auf und die Kopfschmerzen verschwinden nach Antipyrin.

Am 6. Sept. gegen Mittag hat der Kranke abermals einen schweren Anfall mit vollkommenem Sprachverlust und totaler Lähmung der linken Seite. Die beiden Gesichtshälften zeigen keine Differenz, die Zunge kann nur ganz wenig über die Zahnreihen hervorgestreckt werden, kommt aber gerade heraus. Die Anästhesie erstreckt sich auf die ganze linke Körperseite, das ganze Gesicht, sowie Hals und Nacken, von hier geht die empfindungslose Zone auf die rechte Schulter und den rechten Arm; die Genitalien sind ganz anästhetisch. In diesem anästhetischen Gebiet befinden sich Inseln, die sich ihre Sensibilität erhalten haben, und zwar sind dies die rechte Scheitelbein- und Hinter-

hauptsgegend, die beiden Orbitalgegenden, sowie Nase und Mund. Es sind ferner empfindend beiderseits Achselhöhle und Ellbogenbeuge, links Vola manus, rechts die ganze Hand. Am linken Bein ist die Kniekehle und Planta pedis sensibel.

Das Sehvermögen ist links erloschen. Der Puls ist irregulär; er setzt nach dem 8. bis 10. Schlage aus. Die Kopfschmerzen sind verschwunden.

Am nächsten Morgen kann der Kranke, wenn auch mühsam, wieder sprechen. Die Beweglichkeit kommt zuerst im Bein wieder, dann im Arm, und zwar wie gewöhnlich zuerst im Schultergelenk und zuletzt in den Fingern. Eine Untersuchung am 9. Sept. zeigt, dass sich alles wieder ausgeglichen hat.

Am Vormittag des 23. Sept. klagt der Kranke über heftige Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, dann taumelt er und hat eine Parese der linken Seite. Der Kopfschmerz und das Schwindelgefühl werden durch Antipyrin gehoben. Am 26. Sept. ergibt die Untersuchung wieder einen völlig normalen Befund.

Abgesehen von seinen Kopfschmerzen befindet sich der Patient jetzt ganz wohl und beabsichtigt, am 5. Oct. auf Urlaub zu gehen. In der Nacht vor diesem Tage nun hatte er, wie er später angibt, starke Kopfschmerzen, auch bemerkte er wieder die Irregularität des Pulses und schlief sehr schlecht. Am Morgen des 5. Oct. fällt er plötzlich im Corridor um und es ist wieder eine linksseitige Lähmung mit Sprachverlust zu constatieren.

Die linke Nasolabialfurche ist etwas mehr verstrichen, als die rechte; aufgefordert, den Mund zu spitzen, bringt er die rechte Mundhälfte nur wenig in Bewegung. Die Zunge liegt unbeweglich am Boden der Mundhöhle und kann nur mittelst der Finger hervorgebracht werden.

Rechts ist Biceps-, Triceps- und Supinatorphänomen hervorzurufen, links nicht; der Patellarreflex ist rechts gesteigert, links normal.

Der Puls beträgt 88 Schläge in der Minute, ist regelmässig und von guter Beschaffenheit.

Die Pupillen sind gleich weit und reagieren gut.

Links besteht totale Amaurose; er erkennt nicht einmal Lichtschein.

Rechts ergibt die Gesichtsfeldaufnahme:

Weiss.	Aussen 55.	Oben 37.		Blau.	Aussen 40.	Oben 30.	
	Innen 22.	Unten 32.			Innen 15.	Unten 25.	
Rot.	Aussen 25.	Oben 15.		Grün.	Aussen 20.	Oben 13.	
	Innen 13.	Unten 15.			Innen 8.	Unten 12.	

Das Gehör ist beiderseits stark herabgesetzt, doch links noch mehr, als rechts. Er hört links lautes Schreien selbst in unmittelbarer Nähe des Ohres nicht, während er rechts halblaute Stimme noch in einer Entfernung von ein Fuss versteht. Die Leitung durch die Kopfknochen ist nur rechts erhalten, links ist dieselbe aufgehoben.

Der Geruchsinn ist links total verloren gegangen, rechts wird Tinct. valer. und As. foetid. als schlecht, Ol. Menth. piper. als gut bezeichnet. Aqua amygdal. amar. wird nicht erkannt.

Der Geschmack ist beiderseits aufgehoben.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper für sämmtliche Qualitäten erloschen; nur an der rechten Vola manus und Planta pedis werden Nadelstiche als Berührung bezeichnet.

Der Kranke befindet sich in sehr gedrückter Stimmung und gibt durch Zeichen zu verstehen, dass er starken Kopfdruck habe.

Gegen 4 Uhr Nachmittags kann er wieder sprechen, sonst bleibt alles beim alten.

Am 6. Oct. hat sich die Lähmung der Unterextremität so weit gebessert, dass der Patient mit Unterstützung gehen kann. Der Patellarreflex ist beiderseits gleichmässig gesteigert; der linke Arm ist noch immer paralytisch. Die Sensibilität zeigt ebenfalls das alte Verhalten.

Das linke Auge ist amaurotisch, das rechte zeigt folgendes Gesichtsfeld:

Weiss.	Aussen 52.	Oben 43.		Blau.	Aussen 50.	Oben 37.	
	Innen 25.	Unten 40.			Innen 23.	Unten 30.	
Rot.	Aussen 45.	Oben 22.		Grün.	Aussen 35.	Oben 20.	
	Innen 17.	Unten 25.			Innen 15.	Unten 20.	

Am 7. Oct. kann der Kranke mit leichtem Nachschleifen des paretischen Beins ohne Unterstützung gehen; der linke Arm ist noch vollkommen gelähmt.

Eine Gesichtsfeldaufnahme zeigt folgendes Bild:

Linkes Auge:	Weiss.	Aussen 50.	Oben 37.	
		Innen 40.	Unten 40.	
	Blau.	Aussen 45.	Oben 37.	
		Innen 37.	Unten 35.	
	Rot.	Aussen 30.	Oben 28.	
		Innen 28.	Unten 25.	
	Grün.	Aussen 25.	Oben 20.	
		Innen 20.	Unten 20.	

Es wird Grün als blau bezeichnet.

Rechtes Auge:	Weiss.	Aussen 75.	Oben 50.	
		Innen 40.	Unten 50.	
	Blau.	Aussen 70.	Oben 40.	
		Innen 35.	Unten 45.	
	Rot.	Aussen 60.	Oben 35.	
		Innen 28.	Unten 40.	
	Grün.	Aussen 47.	Oben 30.	
		Innen 20.	Unten 35.	

Am 8. Oct. kann der Patient den Arm im Schultergelenk frei bewegen und auch die Beweglichkeit im Ellbogengelenk stellt sich wieder ein. Die Lähmung des Beins ist nun völlig geschwunden.

Heute besteht auch keine Spur von Dyschromatopsie mehr und das Gesichtsfeld hat sich erheblich gebessert, wie die folgenden Angaben zeigen:

Linkes Auge:	Weiss.	Aussen 80.	Oben 50.	
		Innen 45.	Unten 50.	
	Blau.	Aussen 65.	Oben 37.	
		Innen 37.	Unten 37.	
	Rot.	Aussen 60.	Oben 35.	
		Innen 35.	Unten 35.	
	Grün.	Aussen 55.	Oben 30.	
		Innen 30.	Unten 35.	

Rechtes Auge:	Weiss.	Aussen 90.	Oben 55.
		Innen 55.	Unten 58.
	Blau.	Aussen 73.	Oben 50.
		Innen 53.	Unten 50.
	Rot.	Aussen 67.	Oben 37.
		Innen 53.	Unten 50.
	Grün.	Aussen 65.	Oben 35.
		Innen 45.	Unten 45.

Bis zum 9. October sind die letzten Spuren des Anfalls vollends verschwunden und am 16. Oct. wird der Kranke auf seinen Wunsch hin entlassen.

Wir haben es mit einem Patienten zu thun, über dessen hereditäre Belastung nichts zu erfahren ist, der aber durch ein äusserst bewegtes und aufregendes Leben, die erlittenen Traumen, vielleicht auch durch das starke Rauchen wohl den Boden selbst geschaffen hat, auf dem sich, durch eine heftige Gemütsbewegung ausgelöst, das spätere Leiden entwickeln konnte. Der Säbelhieb, den der Patient über die Stirn bekam, spielt bei der Veranlassung der Krankheit wohl auch keine geringe Rolle, da auf diesen ja das Auftreten der quälenden Kopfschmerzen zurückzuführen ist. Als letztes ursächliches Moment muss jedenfalls der Schreck betrachtet werden, der den ersten Anfall hervorbrachte. Die diesem Anfall folgenden Erscheinungen machen nach den Schilderungen des Patienten durchaus den Eindruck einer echten Hemiplegie. Es folgen sich in einem Zeitraum von etwas mehr als einem Jahr 5 solche Anfälle; nach und nach werden diese jedoch häufiger, so dass bei dem Patienten während des 5 monatlichen Aufenthalts in der Anstalt nicht weniger als 14 Anfälle zur Beobachtung kamen, die ein im Grossen und Ganzen mit einander übereinstimmendes Bild zeigten.

Ein solcher Anfall geht je nach der Schwere mit Besinnungslosigkeit oder mit erhaltenem Bewusstsein einher; Krämpfe, Zungenbiss oder spontane Urinentleerung sind dabei nie beobachtet worden. Der Effekt des Insults ist eine totale schlaffe Lähmung oder in leichteren Fällen auch nur eine Parese der beiden linken Extremitäten. Zuweilen besteht ein Zurückbleiben des linken unteren Facialisgebiets; des öfteren ist die Zunge gelähmt, so dass sie bewegungslos am Boden der Mundhöhle liegt und in einem ganz schweren Anfall ist für einige Zeit auch der Schlingakt unmöglich. Meist finden wir auch eine Alteration der Sprache, und zwar ist der Patient entweder ganz stumm oder er ist nur noch im Stande, schwer und schleppend zu sprechen.

Nach jedem Anfall besteht auf der gelähmten Körperhälfte Anästhesie und Analgesie, die manchmal auf die rechte Seite übergreifen und einmal sogar so ausgebildet sind, dass der ganze Körper mit Ausnahme der rechten Vola manus und Planta pedis empfindungslos ist. Charakteristisch ist hierbei, dass sich in dem anästhetischen Gebiet gewöhnlich empfindende Kreise um Augen, Nase, Mund, Mamilla, im Ellbogen- und Kniegelenk, sowie am Handteller und der Fusssohle erhalten haben.

An der Anästhesie nehmen auch die höheren Sinne Teil. Das Sehen ist herabgesetzt und zwar links, also auf der Seite der Hemiplegie, stets mehr als rechts: es bieten die Untersuchungsergebnisse die grösste Mannigfaltigkeit, da die Störung zwischen totaler Amaurose bis zu geringer Gesichtsfeldeinschränkung schwankte. Links wird je nach den Anfällen Amaurose, nur central erhaltenes Sehvermögen, Dyschromatopsie und jedesmal concentrische Einengung des Gesichtsfelds constatiert, während rechts nur eine nicht hochgradige Sehfeldeinengung und gelegentlich einmal ein Übereinandergreifen der Farbenkreise nachzuweisen ist. Der ophthalmoskopische Befund ist auf beiden Augen ein normaler.

Das Gehör ist links fast auch nach jedem Anfall herabgesetzt, einige Male ist dasselbe sogar ganz aufgehoben und auch die Schallleitung durch die Kopfknochen ist unterbrochen; letztere bleibt auf dem rechten Ohr stets erhalten.

Geruch und Geschmack sind zuweilen ganz erloschen, manchmal sind Parästhesien dieser Sinne vorhanden und dann ist die linke Seite auch stets heftiger befallen, als die rechte.

Die Pupillen reagieren immer prompt, der Patellarreflex ist beiderseits normal oder gesteigert; Triceps-, Supinator- und Achillessehnenreflex ist zuweilen auf der nicht gelähmten Seite hervorzurufen.

In einem Anfall bildeten bei Percussion des Schädels die von dem Säbelhieb herrührende Narbe und eine Stelle des rechten Hinterkopfs Schmerzpunkte.

Verschiedene Male wird Cyanose und herabgesetzte Temperatur des gelähmten Arms constatiert und eine Reihe von Anfällen zeichnet sich durch die dabei beobachtete Irregularität des Pulses aus. Merkwürdig ist, dass diese Arhythmie gegen den Anfall hin zuzunehmen scheint. Der Patient, der übrigens einen völlig normalen Herzbefund aufweist, bekommt Herzklopfen, dann setzt der Puls z. B. beim 15. Schlage aus, und kurz vor dem Anfall tritt die Pause schon beim 3. Schlag auf, um nach

dem Insult beim 8. Schlag wieder beobachtet zu werden und schliesslich ganz zu verschwinden.

Als Aura des Anfalls kann die Hemicranie und das Schwindelgefühl betrachtet werden, die fast stets vor Eintritt desselben auftreten und, nachdem sie sich bis zum Ausbruch des Anfalls gesteigert haben, nach demselben bedeutend nachlassen oder ganz aufhören. Ein Verschwinden oder wenigstens eine Besserung der Kopfschmerzen tritt auch auf Antipyrin oder Camphor. monobrom. ein.

Ein Grund für das Auftreten der Anfälle lässt sich für gewöhnlich nicht nachweisen. Wenn wir von dem ersten Anfall absehen, der durch eine Gemütsbewegung veranlasst war, können wir nur noch einmal in der anstrengenden Arbeit des Patienten eine Ursache dafür finden.

In dem allmähligen Schwinden der durch die Anfälle gesetzten Störungen lässt sich eine gewisse Regelmässigkeit nicht leugnen. Zuerst pflegen nämlich die Taubheit und die im Facialis- und Zungengebiet aufgetretenen Anomalien zur Norm zurückzukehren, dann findet sich die Sprache wieder. Später kann der Kranke die Zehen des paralytischen Beins bewegen und schliesslich dieses selbst im Hüftgelenk: er kann dann mit Unterstützung, nachher auch ohne eine solche gehen und zwar bemerkt man, dass er beim Gehen nicht, wie der organische Hemiplegiker, einen Halbkreis mit dem gelähmten Fuss um den gesunden beschreibt, sondern dass er das kranke Bein nachschleift und nur das gesunde voransetzt, also „wie das auf einem Stecken reitende Kind“ geht, was ja als für die auf functioneller Basis beruhende Lähmung typisch angegeben worden ist.

Nachdem der Kranke etwas gehen kann, werden auch der Oberarm, dann der Vorderarm, die Hand und endlich auch die Finger beweglich und nach dieser Wiederherstellung der Motilität kehrt schliesslich auch die motorische Kraft wieder. Während dessen haben auch die Sinnesorgane ihre normale Empfindlichkeit wieder erhalten und als letzte heben sich die Anästhesie und Analgesie. Im Durchschnitt vergehen 3—4 Tage nach dem Anfall, bis die Restitutio ad integrum erfolgt ist, einmal waren aber schon nach 24 Stunden fast alle Erscheinungen zurückgegangen, während es ein andermal — es war dies der erste Anfall, den der Kranke überhaupt hatte — mehr als 14 Tage dauerte, bis sich der Process der Rückwandlung vollzogen hatte.

Zu bemerken ist noch, dass die Untersuchung des Harns keine pathologischen Bestandteile ergab; auch das Herz und das

Gefässsystem zeigte einen völlig normalen Befund, so war namentlich nichts von Atheromatose nachzuweisen.

Was nun das psychische Verhalten des Patienten angeht, so zeigt er einige Male nach dem Anfall eine deprimierte und verzagte Stimmung und das eine Mal machte er einen stumpfen und benommenen Eindruck.

Von besonderen Erscheinungen ist noch hervorzuheben, dass nach einem Anfall der bis dahin stumme Patient plötzlich wieder sprechen kann, nachdem er gelacht hat und dass durch Anlegen eines falschen Magneten die Sensibilität auf der anästhetischen Seite wiederkehrte, um an der entsprechenden Stelle der anderen Seite zu verschwinden.

Dass nach all diesem nur die Diagnose Hysterie möglich ist, bedarf wohl keines weiteren Beweises.

Fall II.

H. St., Arbeitersohn, 15 Jahre alt, wurde von Herrn Dr. Siemerling am 10. Nov. 1888 auf gerichtliche Requisition hin untersucht.

Keine hereditäre Belastung — nach Schreck vorübergehendes Zittern am ganzen Körper und Sprachstörung — bleibende rechte Hemiparese — Schmerzen im Bein — Zittern der Zunge — rechte Hemianästhesie für alle Qualitäten — höhere Sinnesorgane beiderseits befallen, vorzüglich rechts — gleichmässiges Beharren und Stabilität der Erscheinungen.

Die Anamnese, wie sie sich aus den Akten und Gutachten — der Fall kam zur gerichtlichen Verhandlung — ergibt, ist folgende: Der Vater lebt und ist gesund, die Mutter klagt über Brustschmerzen. Der kleine H. selbst ist das einzige Kind, hat sich gut entwickelt und soll stets gesund gewesen sein, bis er im Alter von 7 Jahren Scharlach durchmachte. In die Schule soll er gerne gegangen sein und auch gut gelernt haben.

In einigen Wintern nun und zwar hauptsächlich im Winter 1884/85 musste er öfters die Schule versäumen, „weil er nicht gehen konnte".

Das Leiden wird von den Eltern als „Reissen" bezeichnet und die Mutter macht dem Vater den Vorwurf, dass derselbe in der kalten Jahreszeit den Knaben wiederholt rücksichtslos mit sich auf dem Felde herumgeschleppt habe und behauptet, dass sich darnach der Zustand eingestellt resp. verschlimmert habe. In der That wird auch von verschiedenen Zeugen bestätigt, dass der Knabe sich einigemale mit seinem Vater in Wind und Wetter aufs Feld machte. Nach der ganzen Schilderung, dem Auftreten und Verlauf der Krankheit ist dieselbe mit Bestimmtheit als eine rheumatische anzusprechen.

Was nun die Entstehung des jetzigen Zustandes betrifft, so berichten die Akten folgendermassen über den Vorgang: Am 9. October 1886 wurde H. St. von seinem Vater beauftragt, auf das Feld zu gehen und

von dem väterlichen Grundstück die Tauben zu verjagen. Der Hund des Vaters war ihm auf dem Wege nachgelaufen. Auf dem Felde hatte sich der Knabe mit einem Kameraden, den er getroffen, auf den Rand eines Grabens gesetzt und die beiden spielten mit dem Hunde. Während die Knaben sich damit belustigten, kam der Gutsbesitzer X. mit einem Gewehr auf die Knaben zu, stellte sich hinter dem H. auf, zielte auf diesen und sagte: „Hund! Lass den Hund los oder es ist dein Tod!“ Der Knabe liess zunächst den Hund nicht los. Als der Gutsbesitzer seine Drohung wiederholte, wurde er ängstlich und liess den Hund los. Der Hund war kaum 4—5 Schritte von dem Knaben entfernt, als X. den Hund niederschoss.

Sofort nach dem Schuss begann der Knabe am ganzen Körper zu zittern und konnte kaum allein nach Hause gehen. Die Sprache war vollständig fort. Er wurde von seiner Mutter sogleich zu Bett gebracht.

Am andern Morgen fand sich die Sprache stotternd wieder. Nun versuchte er auch aufzustehen, um sich in die Schule zu begeben; aber er konnte sein Vorhaben nicht ausführen, weil er sich unwohl fühlte und an den Beinen stark zitterte. Am nächsten Tage ging er zur Schule, musste hinken und das rechte Bein nachschleifen. Seitdem war der Schulbesuch sehr unregelmässig. Das Leiden suchten die Eltern durch allerlei Hausmittel zu bekämpfen, natürlich ohne Erfolg.

Der Vater erzählt nun, dass der Knabe seit dem Ereigniss Nachts sehr unruhig schläft, oft aufschreckt und vom Schiessen spricht. Wenn man ihn bei diesen Träumen anruft, so reagiert er darauf. Namentlich betont der Vater, dass sich das Wesen des Knaben verändert habe: während er früher stets munter, aufgeweckt und lustig war, ist er jetzt sehr still geworden, sitzt niedergeschlagen da und bedauert stets aufs neue wieder, dass er krank sei.

Der Knabe selbst hat, wie er berichtet, die Erinnerung für die Vorgänge, die an dem Abend des verhängnissvollen Tages statt hatten, vollständig verloren; so erinnert er sich z. B. nicht, wie ihn die Mutter zu Bett brachte. Erst am folgenden Morgen kam er wieder zum Bewusstsein. Er fühlte sich an diesem Tage recht bange und ängstlich; in der darauffolgenden Nacht hatte er auch einen schreckhaften Traum, in dem der Hund und der Schuss eine Rolle spielten.

Seine jetzigen Klagen erstrecken sich auf Kopfschmerzen, namentlich wenn es etwas warm ist im Zimmer, sowie über Schmerzen in der rechten Seite, hauptsächlich im ganzen rechten Bein.

Hervorzuheben ist noch, dass der Arzt, welcher erst am 15. Febr. 1887 beigezogen wurde, ein Attest ausstellte, welches in allen Hauptpunkten sich mit dem folgenden Untersuchungsergebniss deckt. Auch damals schon konnte eine rechtsseitige Lähmung mit Beteiligung der Sinnesorgane constatiert werden.

Unter einer electrischen Behandlung besserte sich der Zustand zusehends; als dieselbe aus äusseren Gründen aufgegeben wurde, folgte eine Verschlimmerung der Krankheit.

Status am 10. Nov. 1888. H. St. ist seinem Alter entsprechend gebaut, von gutem allgemeinen Ernährungszustand. Von Seiten der Brust- und Bauchorgane nichts besonderes. Die Herzaction ist regelmässig, Puls 80 in der Minute, von guter Spannung. Die Herztöne sind rein.

In keinem Gelenk, auch nicht in den Finger- und Zehengelenken findet sich eine Abnormität.

Die Pupillen sind gleich gross, mittelweit, reagieren prompt auf Licht und Convergenz.

Die Augenbewegungen sind nach allen Richtungen hin frei.

Die Zunge wird leicht zitternd, doch gerade herausgestreckt; kein Belag.

Die Sprache zeigt keine Besonderheiten.

In der Facialisinnervation keine Differenz.

Die activen Bewegungen werden vom rechten Arm mit weniger Energie ausgeführt, als links. Der rechte Arm bleibt beim Emporheben zurück, und Gegenstände werden rechts nicht so festgehalten, wie links.

Die grobe motorische Kraft ist rechts deutlich herabgesetzt.

Passive Bewegungen sind in allen Gelenken ausgiebig, ohne Schmerz und ohne Spannung ausführbar.

Eine Volumsabnahme einer Extremität ist nicht zu bemerken.

Sehnenreflexe sind an beiden Armen nicht hervorzurufen.

Der Gang des Patienten ist langsam und hinkend; er schleppt das rechte Bein leicht nach und wagt nicht, ordentlich mit demselben aufzutreten. Beim Gehen ist sein Blick fast stets nach unten gerichtet. Auf dem rechten Bein allein zu stehen, ist ihm nicht möglich. Er hält dasselbe stets leicht im Kniegelenk gebeugt.

Die grobe Kraft des Beins ist rechts ganz bedeutend herabgesetzt. Active Bewegungen werden auf dieser Seite energielos ausgeführt. Die passiven Bewegungen sind in allen Gelenken ausgiebig. Er klagt über Schmerzen im ganzen rechten Bein, die sich bei diesen Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk steigern.

Die electrische Prüfung ergibt für beide Stromesarten keine Abweichung von der Norm.

Die Kniephänomene sind beiderseits in normaler Stärke vorhanden, ebenso das Achillessehnenphänomen; es besteht kein Fussklonus.

Prüfung des Muskelsinns: Links ist derselbe gut erhalten; rechts ist der Kranke über grosse Stellungs- und Lageänderungen in der oberen und unteren Extremität orientiert. Feinere Bewegungsvornahmen jedoch, wie z. B. an den Zehen und Fingern erkennt er nicht. In die Hand gegebene Gegenstände weiss er bei geschlossenen Augen meist gar nicht anzugeben, während er sie links, ohne sich zu besinnen, sofort richtig bezeichnet. Gröbere Gewichtsunterschiede beurteilt er rechts nur sehr mangelhaft, feinere kann er gar nicht erkennen, während dies links sehr wohl geht.

Die Untersuchung der Sensibilität ergibt für rechts eine Herabsetzung sämmtlicher Qualitäten. Die Empfindung für Pinselstriche ist rechts total erloschen; kräftiger Druck wird hier nur als Berührung angegeben. Es besteht rechts fast totale Analgesie. Der electrische Pinsel, der bei mittelstarken Strömen links schon grosse Schmerzhaftigkeit hervorruft, bringt rechts gar keine Schmerzempfindung zu Stande. Auf der ganzen rechten Seite — die rechte Seite des Penis mit inbegriffen — lässt sich eine aufgehobene Hautfalte durchstechen, ohne dass über Schmerz geklagt wird. Nur das Durchstechen von sonst äusserst empfindlichen Stellen, wie der Schleimhaut der Nase, der Lippen, der Zunge, der Haut des äusseren Gehörgangs und der Haut zwischen den Fingern wird als „etwas schmerzhaft“ bezeichnet. Spitze und Knopf der Nadel werden rechts nicht erkannt; auch ist der Patient nicht im Stande, rechts gut zu loalisieren. Temperaturunterschiede werden rechts ebenfalls nicht so deutlich erkannt, wie links.

Diese Herabsetzung resp. das Fehlen der Sensibilität erstreckt sich auf die ganze rechte Körperhälfte, doch nicht scharf sich mit der Mittellinie deckend; sie überschreitet zuweilen dieselbe, um an einzelnen Stellen hinter ihr zurückzubleiben. Die Genitalien zeigen halbseitige Anästhesie.

Gehör: Ticken der Uhr wird rechts nur noch in einer Entfernung von 8—10 cm gehört, links in einer Entfernung von $3^1/_3$ m. Flüstersprache wird rechts in $^2/_3$ m, links in 2 m gehört. Die Leitung durch die Kopfknochen und Zähne ist rechts beeinträchtigt. Hohe, wie tiefe Stimmgabeln werden links besser gehört, als rechts.

Geruch: Ol. Menth. piperit, u. Aqu. amygdal. amarar. werden beiderseits nicht erkannt. Tinct. Valer. wird rechts nicht erkannt, links als schlecht bezeichnet. Tinct. As. foetid. wird rechts als schlecht, links als Geruch nach gebrannten Zwiebeln bezeichnet.

Geschmack: Die auf die Zunge aufgepinselten Substanzen werden erkannt, aber erst nach Zurückziehen derselben in die Mundhöhle.

Gesichtsfeld: Es ist dasselbe beiderseits concentrisch eingeengt, namentlich aber auf der rechten Seite. Für Weiss ist es rechts auf 15—20° eingeengt; dabei besteht Dyschromatopsie: Rot wird als schwarz, Blau als schwarz, Gelb als weiss und Grün das eine Mal richtig, das andere Mal auch als schwarz bezeichnet. Links ist das Gesichtsfeld für Weiss und die Farben auf 40—50° eingeengt.

Beim Sehen nur mit dem rechten Auge gibt der Kranke an, es wäre ihm trübe vor den Augen. Beim Gehen hat er das Gefühl von Schwindel; im übrigen vermag er sich doch ganz gut zu orientieren, wenn er aufgefordert wird, bei geschlossenem linken Auge zu gehen.

Es handelt sich hier um einen hereditär nicht belasteten 15jährigen Knaben, der wohl entwickelt ist und in der Schule gut gelernt hat. Von Krankheiten hat er Scharlach überstanden und während einiger Winter hatte er an Rheumatismus zu leiden.

Infolge des heftigen Schreckes nun, den der Kranke am 9. October 1886 hatte, als wenige Schritte von ihm entfernt sein Hund niedergeschossen wurde, brach die jetzige Krankheit aus. Gleich nach dem Schuss zittert er am ganzen Körper, kann nicht sprechen und kaum gehen; am nächsten Morgen stellt sich die Sprache stotternd wieder ein und er zittert noch immer heftig an den Beinen; am dritten Tage erst kann er hinkend und mit Nachschleifen des rechten Beines gehen. Für den Tag des Ereignisses besteht Erinnerungslosigkeit, am anderen Morgen stellt sich ein Gefühl der Bangigkeit ein und seit dieser Zeit ist der früher heitere und lebhafte Knabe trübsinnig und melancholisch; er schläft Nachts schlecht, träumt öfters von dem Hund und dem Schuss, schreckt aus dem Schlafe auf und klagt über Kopfschmerzen und Schmerzen in der rechten Seite.

Die objectiven Symptome sind von Anfang an dieselben gewesen und ein ärztliches Gutachten vom 15. Februar 1887 — 4 Monate nach dem Vorfall — ergibt, dass damals auch die

rechtsseitige Lähmung mit Beteiligung der Sinnesorgane bestand, ein Zustand, der sich auf eine elektrische Behandlung besserte.

Die am 10. Nov. 1888, also mehr als 2 Jahre nach dem Vorfall und dem ersten Auftreten der Krankheit, von Herrn Dr. Siemerling vorgenommene Untersuchung ergibt ein leichtes Zittern der Zunge, sonst für die Gesichtsmuskulatur einen normalen Befund. Der rechte Arm bleibt bei activen Bewegungen zurück und zeigt eine Herabsetzung der groben motorischen Kraft. Der Gang ist langsam und hinkend, das rechte Bein wird im Knie leicht gebeugt nachgeschleift, die motorische Kraft ist hier ebenfalls vermindert und wir haben eine grosse bei Bewegungen sich steigernde Schmerzhaftigkeit zu constatieren. Während die Sehnenreflexe normal sind, ist die Sensibilität rechts für alle Qualitäten abgeschwächt, der Muskelsinn ist alteriert und es besteht fast totale rechtsseitige Analgesie.

Gehör, Geruch und Geschmack sind beiderseits in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, doch sind dieselben rechts viel bedeutender gestört als links; ebenso ist das Gesichtsfeld auf beiden Augen concentrisch eingeengt; rechts besteht neben hochgradiger Einengung auch noch Dyschromatopsie. Zu beachten ist, dass sich der Patient trotz der rechtsseitigen Gesichtsfeldeinschränkung auf 15—20° bei geschlossenem linken Auge doch ganz gut orientieren kann.

Die funktionelle Natur dieser Hemiparese und Hemianästhesie wird an dem charakteristischen Gang, der Einengung des Gesichtsfeldes, überhaupt an der Art des Befallenseins der Sinnesorgane, den erhaltenen Reflexen erkannt.

Der ganze Symptomencomplex nun: der Mangel einer hereditären Belastung und Prädisposition, das Auftreten der Krankheit im Anschluss an den Schuss, die Hartnäckigkeit der einzelnen Erscheinungen, welche länger als 2 Jahre unveränderlich beharren, der Wechsel im psychischen Verhalten des Patienten, seine melancholische Grundstimmung, die sich auf den Unfall beziehenden Träume, das Aufschrecken aus dem Schlaf können veranlassen, das Leiden als eine traumatische Neurose zu bezeichnen. Doch ist zu bemerken, dass sich dieser Fall den in der Oppenheimschen Arbeit angeführten Krankengeschichten nicht ohne weiteres beigesellen lässt, denn die 7 dort gebrachten Fälle von Hemiparese mit Hemianästhesie sind nach wirklichen Traumen der betreffenden Seite entstanden. Unser Knabe kann nun aber mit diesen Fällen nicht identificiert werden, da er ja keine äussere Verletzung erlitten hatte; ebensowenig lässt er sich aber

bei den anderen Fällen Oppenheims unterbringen, die ohne Verwundung einhergingen und bei denen bloss der Schreck wirksam war, denn keiner von diesen zeigt ein vorzugsweises Befallensein der einen oder anderen Körperhälfte, wie es unser Patient in so ausgesprochener Weise thut. Man wird also doch, obwohl der Symptomencomplex dem der traumatischen Neurose so ausserordentlich ähnlich ist, das Leiden eher für eine Hysterie ansprechen. Die einzelnen Erscheinungen lassen sich ungezwungen in dieses Krankheitsbild einreihen.

Fall III.

M. H., Arbeiter, 16 Jahre alt, aufgenommen 28. Oct. 1888, entlassen 14. Nov. 1888.

Hereditäre Belastung durch Potatorium des Vaters — nach Schreck Krämpfe — spastische Paraparese der Unterextremitäten — Erhöhung der Reflexe in denselben — Hyperästhesie der gelähmten Glieder — typische Anfälle — Besserung durch Behandlung mit dem faradischen Pinsel.

Der Patient kommt in Begleitung seiner Mutter zur Anstalt und gibt selbst folgende Anamnese:

Der Vater war Patator und starb an Pneumonie. Die Mutter ist gesund.

Der Kranke selbst will stets gesund gewesen sein, nur an leichter Erschreckbarkeit und übergrosser Ängstlichkeit habe er, wie er sagt, stets gelitten.

Seit August 1888 nun hatte er in einer Tuchfabrik Beschäftigung gefunden. Die Arbeit — er hatte Stücke Tuch unter die Scheermaschine zu legen — soll ihn sehr ermüdet haben; dabei war es in dem Arbeitsraum ausserordentlich heiss und er hatte viel über Kopfschmerzen zu klagen. Nachdem er von Ende August bis Ende September an einer Halsentzündung in einem Krankenhause gelegen hatte, nahm er in den letzten Tagen des September seine Arbeit wieder auf, obwohl er sich noch schwach und elend dabei fühlte. Er erzählt, dass ihm, seitdem er krank war, bei der Arbeit öfters schwindelig wurde, dass er umfiel und dabei das Bewusstsein völlig verlor.

Am 1. Oct. nun hatte er Zeugballen auf einander zu legen; die Beugen fielen plötzlich um und verschütteten ihn dermassen, dass er sich nicht allein herausarbeiten konnte. Sein Schreien wurde nicht gehört und so musste er mehrere Stunden warten, bis man die Ballen wegräumte. Noch ehe alles entfernt war, wurde ihm von den damit beschäftigten jungen Leuten ein Eimer eiskalten Wassers über den Leib gegossen, was ihm abermals einen heftigen Schrecken einjagte. Als er wieder frei war, fühlte er sich zu matt, um aufzustehen; er verlor die Besinnung und nachher wurde ihm erzählt, dass er Krämpfe gehabt und um sich geschlagen habe.

Er wurde nun von der Fabrik aus direct ins Krankenhaus Moabit verbracht, wo er noch einige Male die Krämpfe hatte. Die erste Woche

konnte er dort gar nicht gehen, der Zustand besserte sich dann aber rasch und am 23. Oct. wurde er wieder entlassen.

Am 27. Oct., als er vom Arzt nach Hause gehen wollte, fiel er die Treppe herab, konnte nicht wieder aufstehen und nach Hause gebracht, hatte er an demselben Abend seine Krämpfe. Am Morgen des 28. Oct. sucht er die Hilfe der Anstalt nach.

Status am 28. Oct. 1888: Patient hat die seinem Alter entsprechende Grösse und Statur. Er ist sehr blass, schlecht genährt. Die Anamnese hat er sehr klar und bestimmt gegeben. Dabei sitzt er auf einem Stuhl und es fällt auf, dass er die Beine in steifer und gezwungener Haltung vor sich ausgestreckt hält. Bei der Aufforderung, aufzustehen, gelingt ihm die Beugung im Kniegelenk nicht und er erhebt sich demgemäss nur äusserst langsam und schwerfällig. Er steht dann mit gespreizten Beinen da; beim Versuch, zu gehen, zeigt sich, dass auch hierbei die Beine im Knie steif sind; er geht sehr breitspurig und hebt die Unterextremitäten schwer vom Boden auf, um sie stampfend wieder aufzusetzen.

In Rückenlage gebracht, vermag er die Beine kaum einen halben Fuss hoch von der Unterlage zu erheben. Zudem klagt er über Schmerzen im Hüft- und Kniegelenk, hauptsächlich in letzterem.

Die Ausführung aller activen Bewegungen geschieht in den Gelenken der beiden Unterextremitäten nur in äusserst beschränktem Masse; dabei sind dieselben sehr langsam, zögernd und von geringer Kraft.

Die passiven Bewegungen sind im Fussgelenk frei; im Knie- und Hüftgelenk setzt sich denselben ein ganz erheblicher Widerstand entgegen.

Sowohl bei activen, wie bei passiven Bewegungen bestehen heftige Schmerzen. Ebenso sind die Gelenke auch bei Druck äusserst schmerzhaft. Objectiv ist nichts an denselben wahrzunehmen.

Der Patellarreflex ist auf beiden Seiten gesteigert, es besteht deutlicher Patellarklonus. Achillessehnenreflex beiderseits deutlich, kein Fussklonus. Lebhafter Plantarreflex.

Ein Zittern der Unterextremitäten ist nicht zu bemerken, vielmehr liegen dieselben ganz ruhig auf der Unterlage.

Die Sensibilitätsprüfung ergibt Hyperästhesie und namentlich ausgesprochene Hyperalgesie in beiden Unterextremitäten. Die Arme und der Rumpf sind völlig intakt, nur auf der ganzen linken Seite ist die Empfindlichkeit in geringem Masse erhöht.

Die Pupillen sind gleich gross, mittelweit, reagieren gut. Die Augenbewegungen sind frei. Beide Gesichtshälften sind gleich. Die Zunge wird gerade herausgestreckt.

Unter fortgesetzter Behandlung mit dem faradischen Pinsel bessert sich der Gang des Patienten erheblich; er hat sich auch sonst recht erholt und — abgesehen von den Folgen einer Nicotinintoxication durch den Genuss einer Cigarette — hat er sich ganz wohl befunden.

Am Abend des 4. Nov. nun erschreckt der Kranke dadurch, dass ihn ein anderer Patient, um einen Scherz zu machen, plötzlich am Halse fasst. Bald nachher klagt er über Kopfschmerzen, wird ängstlich und verlangt, in den Garten geführt zu werden, da es ihm hier oben zu eng sei. Er wird darauf zu Bett gebracht und bald fängt er an, sich auf seinem Lager hin und herzuwerfen: dabei schlägt er mit Armen und Beinen heftig um sich. Als man seinen Namen ruft, versucht er, aus dem Bett herauszuspringen. Der Anfall dauerte ca.

1 Stunde, dann wird er ruhiger und schliesslich schläft er ein. Weder Urinentleerung noch Zungenbiss.

Am andern Morgen befragt, gibt der Kranke an, dass er von dem Augenblicke an, da man ihn zu Bett gebracht, vollständig besinnungslos war und dass er sich der darauffolgenden Vorgänge nicht mehr entsinne. Seine jetzigen Klagen bestehen nun mehr in allgemeiner Mattigkeit.

Am 8. Nov. Abends verfehlt der Kranke eine Treppenstufe, fällt um und fängt nun an, fortgesetzt zu jammern, er müsse sterben. Diesmal war er bei Besinnung: am andern Morgen teilt er selbst den Vorfall bei der Visite mit.

Am 9. Nov. Nachmittags, kurz nach dem Besuch seiner Mutter, hat er einen grösseren Anfall. Wie er im Bette aufsitzt, klagt er plötzlich über Hitze auf der Brust, Schwarzwerden vor den Augen: er sagt, er könne nicht mehr sehen. Er öffnet sich nun vorne das Hemd und beginnt, langsam aus dem Bett herauszugleiten. Es folgen nun rasch hintereinander einige ruckartige Zuckungen, wobei der ganze Körper emporgeschnellt wird. Diese Zuckungen hören bald auf und er fängt jetzt an, mit den Armen um sich zu schlagen. Dann setzt er sich auf und kratzt sich heftig auf der Brust, so dass grosse Kratzeffekte entstehen. Nun wendet und dreht er sich im Bett herum und so entstehen die verschiedensten Stellungen; er fasst sich nach dem Kopf und jammert laut über Schmerzen.

Auf Nadelstiche reagiert er äusserst lebhaft und ruft in heftigem Tone: „Lassen Sie dat sind, dat Stechen". Als man ihn aufstellt, bleibt er mit gespreizten Beinen stehen, ohne einen Gehversuch zu machen; er ruft nur immer den Umstehenden zu, sie sollten nur einmal kommen.

Die Pupillen verhalten sich während des Anfalls normal. Auch das Bewusstsein scheint nicht geschwunden, denn er hört auf das, was gesagt wird.

Nach dem Anfall tiefer Schlaf; beim Erwachen neuer Insult ohne eine denkbare Veranlassung: er schlägt wieder heftig um sich und wirft den ganzen Körper hin und her. Er beisst in die Kissen, kratzt sich auf der herausgestreckten Zunge, stopft sich Papier in den Mund und springt nun aus dem Bett heraus gegen die Thür. Dauer des Anfalls etwa eine halbe Stunde. Diesmal hat der Patient unwillkürlich Urin gelassen, die Zunge zeigt keine Bisse, aber die Unterlippe hat leichte Verletzungen. Nach dem Anfall hat der Kranke das Gefühl, als ob er betrunken wäre.

Die allgemeine Hyperalgesie besteht auch jetzt noch, am ausgesprochensten an der linken Unterextremität.

Der Patient wird jetzt nach Hause entlassen.

Bei diesem Patienten ist eine hereditäre Belastung wohl durch das Potatorium des Vaters gegeben. Die Kopfschmerzen, leichte Erregbarkeit, Erschrecken und Ängstlichkeit, von welchen der blasse und schlecht genährte Knabe erzählt, weisen mit Bestimmtheit auf eine nervöse Prädisposition hin, welche durch die anstrengende Arbeit gerade in der Pubertätszeit sich wohl noch steigerte. Durch die 4 Wochen dauernde Halsentzündung wurde der Kranke noch mehr geschwächt, so dass wir nun Schwindelanfälle auftreten sehen, die mit Bewusstseinsverlust

einhergehen. Durch den heftigen Schreck, den der Kranke bekommt, als die Zeugballen auf ihn herniederstürzen und nachher das Wasser über ihn ausgegossen wird, löst sich ein Krampfanfall aus, der von Bewusstlosigkeit begleitet ist und nach welchem eine Parese beider Beine auftritt, die innerhalb dreier Wochen wieder verschwindet, während welcher Zeit ihn die Krämpfe noch einige Male befallen. Bald darauf bekommt er nach einem Sturze abermals einen Anfall und diese Anfälle wiederholen sich noch viermal während der vierzehntägigen Beobachtungszeit in der Charité. Als Ursache derselben ist zweimal wieder Erschrecken zu constatieren, einmal bekam er den Anfall nach einem Besuch. Dem Anfall selbst geht gewöhnlich eine Aura vorher, welche in Kopfschmerzen, Bangigkeit und Hitzegefühl besteht.

Die Anfälle treten in sehr verschiedener Intensität auf; das eine Mal wirft er sich zur Erde und beginnt zu jammern, das andere Mal gleitet er aus dem Bett, der ganze Körper macht Zuckungen, nachher wälzt sich der Patient hin und her und nimmt, während er um sich schlägt, die verschiedensten Stellungen ein, richtet sich auf, springt gegen die Thür oder stösst Drohungen aus. In einem Anfall hatte er das Bewusstsein ganz verloren, in einem anderen war es vollständig erhalten, wieder in einem war dasselbe ein getrübtes; die Pupillarreaction war stets normal, ein Zungenbiss wurde nie constatiert, doch liess der Patient einmal spontan Urin.

Im Gefolge der Anfälle tritt eine Verschlimmerung der Paraparese der Unterextremitäten ein. Wie aus der Rigidität der Glieder und dem Widerstand bei passiven Bewegungen hervorgeht, ist die Lähmung spastischer Natur; die Reflexe sind an den Beinen sämmtlich erhöht; ebenso ist die Empfindlichkeit im Bereich der unteren Extremitäten gesteigert und es besteht namentlich eine sehr ausgesprochene Hyperalgesie und zwar nicht bloss eine cutane, sondern auch eine solche der Muskeln und Gelenke, wie die Schmerzhaftigkeit derselben bei leichtem Druck und die sich bei Bewegungen der befallenen Glieder steigernden Schmerzen zeigen.

Erwähnung verdient noch die Thatsache, dass nach der ersten Attaque die Lähmung innerhalb dreier Wochen zurückging und während der ersten 8 Tage des Aufenthalts in der Anstalt auf elektrische Behandlung eine bedeutende Besserung des Zustandes eintrat.

Dass es sich nur um Hysterie handeln kann, geht aus der

Veranlassungsursache, die eine psychische war, der Art der Anfälle selbst, der an diese sich anschliessenden Lähmung und der auffallend raschen Besserung derselben zur Genüge hervor.

Fall IV.

C. R., Hausdiener, 18 Jahre alt, aufgenommen 22. Oct. 1888, entlassen 15. Febr. 1889.

Nervöse Prädisposition — nach Trauma rechtsseitige Anästhesie — rasches Verschwinden derselben — nach Überarbeitung Anfall — rechtsseitige Analgesie und anästhetische Inseln — die Sinnesorgane sämmtlich befallen, hauptsächlich rechts. — Weinkrämpfe und typische Anfälle.

Die Anamnese ergibt in Bezug auf hereditäre Verhältnisse, dass die Mutter stark an Kopfschmerzen leidet.

Aus der Vorgeschichte des Patienten selbst ist zu entnehmen, dass mit demselben bereits als Kind von $3\frac{1}{2}$ Jahren Übungen im Seiltanzen und am Trapez vorgenommen worden. Im Alter von 8 Jahren erhielt der Knabe eine Kopfwunde durch eine herabfallende Schiefertafel. Von da ab stellten sich heftige Kopfschmerzen bei ihm ein.

13 Jahre alt nun stürzte er während der Vorstellung — er hatte sich nun zum Seiltänzer herangebildet — vom Trapez herab. Das unten ausgespannte Netz riss durch und so schlug er aus einer Höhe, die ca. 4 m betragen mochte, auf den Bretterboden der Bühne auf. Dabei zog er sich eine Verletzung des rechten Ellbogens zu und wurde während 4 Wochen in der chirurgischen Universitätsklinik behandelt.

Noch während er dort lag, bemerkte der Kranke, dass er mit dem rechten Auge schlechter sah, als früher und einige Wochen später fiel ihm auf, dass das Gefühl auf der ganzen rechten Körperhälfte herabgesetzt war. Dieser Zustand ging indess vorüber und der Kranke achtete nicht weiter darauf.

Im September 1887 stand der Patient, der jetzt die Bäckerei erlernen wollte und dabei, wie es scheint, namentlich mit Arbeiten in der Hitze stark angestrengt wurde, vor dem heissen Backofen, als ihm plötzlich übel wurde. Er ging auf den Hof und als er wenige Augenblicke nachher zurückkam, fiel er um und verlor das Bewusstsein. Nachher wurde ihm erzählt, dass er Krämpfe hatte, auch soll er sich dabei auf die Zunge gebissen haben.

Nach diesem ersten Anfall suchte er im Krankenhause Bethanien Hilfe: die Anfälle sollen dort in der ersten Zeit täglich gekommen sein und oft stundenlang gedauert haben. Die Besinnung hat er jedesmal verloren; während des Insults soll er um sich geschlagen und sich häufig auf die Zunge gebissen haben. Spontan Urin entleert will er nie haben.

Nach Weihnachten wurde er entlassen; er fühlte sich ganz wohl bis zum 20. Oct. 1888. An diesem Morgen erwachte er — ohne dass er einer besonderen Veranlassung die Schuld geben könnte — mit heftigen Kopfschmerzen und wenige Minuten darauf verlor er das Bewusstsein. Am Nachmittag des 21. Oct. wiederholte sich der Anfall in verstärktem Masse, und daher wird er am Morgen des 22. von seinen Wirtsleuten zur Charité gebracht.

Status am 22. Oct.: Der Patient ist kräftig gebaut; in der Gegend des linken Scheitelbeins etwas nach hinten befindet sich die Narbe, welche er durch jene Verletzung mit der Schiefertafel erhielt; dieselbe ist nicht mit dem Knochen verwachsen und weder auf Druck noch bei Percussion schmerzhaft. Von dem Sturze rührt eine Narbe her, die auf der linken Seite des rechten Oberarms dicht oberhalb des Olecranon schräg verläuft, nicht mit der Unterlage verwachsen ist und sich sonst genau wie die übrige Haut dieser Körpergegend verhält. An der Zunge sind keine Narben zu entdecken.

Pupillar- und Patellarreflex sind beiderseits normal.

Die Sensibilitätsprüfung ergibt folgendes Resultat. Pinselstriche werden am ganzen Körper als solche empfunden. Ausgenommen ist eine ovale Zone von 5 cm Länge und 3 cm Breite an der Vorderseite des rechten Oberschenkels, die total anästhetisch ist. Eine ebensolche Insel befindet sich auch an der Innenseite der grossen Zehe des rechten Fusses. Die Volarseite des rechten Vorderams empfindet zuweilen richtig, zuweilen gar nicht. Analgesie besteht für die ganze rechte Körperhälfte. Selbst tiefe Nadelstiche sind nicht im Stande, eine Schmerzempfindung auszulösen und werden nur als Berührung angegeben. An dieser Analgesie nimmt auch Teil die Cornea, die Schleimhaut der Nase und des Mundes, der Zunge, sowie Penis und Scrotum und zwar so, dass sich die Grenzlinie scharf mit der Mittellinie des Körpers deckt. Während Druck auf den rechten Hoden überhaupt nicht empfunden wird, ruft ein solcher auf den linken Hoden sofort sehr unangenehme Empfindungen mit Schwindelgefühl wach.

Eine Aufnahme des Gesichtsfelds war überhaupt nur links und für Weiss möglich und zeigt:

Aussen 10. Oben 2.
Innen 0. Unten 3.

Blau wird nur central erkannt, Rot wird als grün, Grün als blau bezeichnet, während Gelb richtig angegeben wird. Rechts ist das Sehen von kleinen Objecten überhaupt nur central möglich. Weiss wird als gelblich bezeichnet, Rot als schwarz, Blau als grün, Grün als blau und Gelb als rot angesehen.

Eine weisse Fläche von 10 qcm wird in 10—20° angegeben.

Die Untersuchung des Geruchs fiel für Rechts überhaupt negativ aus, während Links Tinct. As. foet. als Geruch nach Schnupftabak, Ol. Menth. piperit. als Pfefferminz-, Tinct. Valer. als Syrup- und Aqua amygdal. amarar. als Bittermandelgeruch angegeben wird.

Die Geschmacksprüfung ergibt für Rechts ebenfalls ein negatives Resultat. Links wird Chinin als süss, Acid. acet. als sauer, Natr. chlor. als bitter und Sacchar. als süss bezeichnet.

Das Gehör betreffend ergibt die Untersuchung: Flüsterstimme wird rechts in einer Entfernung von $^1/_3$ m, links in einem Abstand von $1\,^1/_2$ m deutlich verstanden. Ticken der Uhr wird rechts schon aus der Entfernung von wenigen Millimetern nicht mehr gehört, während dasselbe links noch in $1\,^1/_3$ m gehört wird. Die Leitung durch die Kopfknochen ist links deutlich und gut erhalten, rechts vollständig verloren.

Am Morgen des 27. Oct. geräth C. R. infolge einer Meinungsverschiedenheit mit einem andern Patienten heftig in Zorn. Nachher klagt er über Kopfschmerz, lässt sein Frühstück stehen und bricht. Als er bald nachher auf einem Stuhle sitzt, tritt plötzlich ein Anfall auf:

sein Blick wird starr, es kommen Zuckungen an Armen und Beinen. Zu Bett gebracht, bleibt er etwa ½ Stunde so liegen. Das Bewusstsein war verschwunden und es zeigte sich eine starke Fluxion zum Kopf.

Bei der Morgenvisite bekommt er einen zweiten Anfall: derselbe besteht aus Bewegungen des ganzen Körpers. Der Kranke wirft denselben im Bett hin und her, zuckt zusammen, windet sich von einer Seite auf die andere. Dabei stösst er mit dem Kopf und Gesicht rücksichtslos gegen die Seitenwände des Betts und schlägt lebhaft um sich. Er begleitet den Anfall mit ächzenden, stöhnenden Lauten, richtet sich zuweilen auf, schaut verstört um sich, um dann wieder zurückzusinken und sein Schlagen und Stossen von neuem anzufangen.

Die Pupillen sind während des Anfalls von normaler Weite und Reaction, auch reagiert der Patient auf Nadelstiche. Für die Zeit des Anfalls besteht vollkommene Amnesie, er erinnert sich nur seiner Kopfschmerzen.

Am Tage nachher bekommt der Kranke einen erneuten Anfall, der dem oben beschriebenen völlig gleicht. Als Grund des Anfalls gibt er den Ärger an, den er gehabt, als er den Patienten wiedersah, mit dem er sich Tags zuvor gezankt hatte.

Der Kranke zeigt ein ausserordentlich wechselndes Wesen. Das eine Mal benimmt er sich bei den Untersuchungen auffallend unruhig und läppisch: er ist wie ein Kind, z. B. hat es zuweilen den Anschein, als ob er sich vor dem Perimeter fürchte und er ist erst durch langes Zureden dahin zu bringen, vor demselben Platz zu nehmen. Das andere Mal versteckt er sich bei der ärztlichen Visite und fängt an, zu weinen, oder er erklärt ganz schüchtern und mit mädchenhafter Befangenheit, er freue sich stets so sehr, wenn der Arzt komme.

Am 6. Nov. Nachmittags tritt ein heftiger Weinkrampf auf. Er wirft sich dabei auf die Erde und rauft sich die Haare unter dem Rufe, man möchte ihn doch töten. Ins Bett gebracht liegt er ganz schlaff da; hebt man eine Extremität empor, so fällt sie schwer herab. Keine Zuckungen. Selbst auf tiefe Nadelstiche an sonst sehr empfindlichen Körperstellen reagiert er gar nicht; der Cornealreflex ist stark herabgesetzt. Nach dem Erwachen aus dem Anfall erinnert sich der Patient nur des Moments, da er sich zur Erde warf; von da ab vollständiges Erlöschen der Erinnerung.

Bei der Abendvisite am 10. Nov. liegt der Kranke schlaff zurückgelegt über einen Stuhl, macht eigenthümlich schnappende Bewegungen; keine Reaction auf Nadelstiche. Die Pupillen sind stark dilatiert, reagieren aber deutlich auf Licht.

Druck auf den linken Hoden lösst zuckende und drehende Bewegungen des ganzen Körpers aus.

Die Gesichtsfeldaufnahme am folgenden Tag ergibt dasselbe Resultat, wie die erste. Es besteht wieder Dyschromatopsie. Links wird Blau und Rot nur central erkannt, Grün wird als blau bezeichnet. Rechts wird nur central gesehen. Weiss wird gar nicht erkannt, sondern als schwarz bezeichnet. Rot wird als gelb, Blau als grün, Grün als blau und Gelb als rot angegeben.

Die Untersuchung mit dem Simulationsstereoskop ergibt, dass der Kranke in der That bloss im Stande ist, die linke Hälfte der Vorlage zu erkennen. Bei der Untersuchung auf Farbenblindheit legt er stets die blauen und grünen Wollproben zusammen.

Der Kranke wird später auf Wunsch nach Hause entlassen.

Auf eine Prädisposition für nervöse Erkrankungen lässt sich auch hier aus den Kopfschmerzen, an denen der Patient, wie seine Mutter, leidet, schliessen. Hierzu kommt, dass derselbe schon als Kind im Alter von $3^1/_2$ Jahren zu Übungen im Seiltanzen u. dergl. herangezogen wurde. Wenn er unter solchen Verhältnissen aufwuchs, so lässt es sich nicht anders erwarten, als dass er schon in zartester Jugend Schädlichkeiten ausgesetzt war, welche wohl nicht ohne Einwirkung auf sein Nervensystem geblieben sein werden.

Nach jenem Trauma nun, dem Sturz vom Trapez, bemerkt er, als er in der chirurgischen Klinik liegt, eine rechtsseitige Amblyopie und Anästhesie, also ein Befallensein der Körperseite, auf die er gefallen ist und wo die Verwundung sitzt. Dieser Zustand ging indess rasch vorüber, um jedoch wieder zurückzukehren, als der Kranke, überarbeitet und erhitzt, plötzlich von einem Krampfanfall betroffen wird. Derselbe wiederholt sich und die Anfälle sind in den ersten Wochen nach dem Ausbruch sehr häufig; sie lassen aber bald nach und hören ganz auf. Nach einer drei Vierteljahre betragenden Pause kehren dieselben ohne nachweisbaren Grund wieder und eine Betrachtung der 5 in der Anstalt beobachteten Insulte, denen gewöhnlich eine Aura von Kopfschmerz und Übelkeit voraufgeht und bei denen zweimal ein Ärger als Ursache nachweisbar ist, zeigt, dass wir es mit hysterischen Anfällen zu thun haben, denn diese grossen Bewegungen des ganzen Körpers, das Hin- und Herwerfen und Umsichschlagen, das normale Verhalten der Reflexe, sowie das eine Mal der Weinkrampf lassen keine andere Deutung zu. Damit im Einklang stehen die übrigen Symptome. Der Patient leidet an einer rechtsseitigen Hemianalgesie, die haarscharf von der Mittellinie des Körpers begrenzt wird und an der auch die Cornea und die Schleimhäute dieser Seite teilnehmen, dabei bestehen auf der rechten Seite auch noch vollkommen anästhetische Zonen. Druck auf den linken Hoden löst stets Schwindelgefühl, einmal auch einen kurzen Anfall aus. Das Gesichtsfeld ist beiderseits concentrisch bedeutend eingeengt, wobei das rechte Auge aber stärker befallen ist, als das linke und ausserdem noch Dyschromatopsie zeigt; im letzten Anfall ist die Sehstörung der Art, dass der Kranke bei der stereoskopischen Untersuchung ausser Stand ist, die rechte Hälfte der Vorlage zu erkennen. Auch die übrigen Sinnesorgane sind alteriert und zwar ist die rechte Seite stets so betroffen, dass hier Geruch und Geschmack vollständig, das Gehör fast voll-

ständig aufgehoben sind, während auf der anderen Seite Geruchs- und Geschmacksparästhesien und eine gewisse, allerdings nur mässige Hörfähigkeit zu constatieren sind.

Interessant ist das psychische Verhalten des Patienten: er ist bald kindisch und läppisch, schüchtern und befangen, bald äusserst reizbar, bald bricht er in einen Weinkrampf aus, um dann wieder rasch die Stimmung zu wechseln, kurz er benimmt sich, wie man es bei den Autoren stets als charakteristisch für die hysterische Frau angegeben findet.

Fall V.

L. Sch., Schutzmannssohn, 12 Jahre alt, aufgenommen 17. Febr. 1890, entlassen 6. Oct. 1890.

Geschwächte Constitution — nach geistiger Überanstrengung typische Anfälle — Angstzustände und deprimierte Stimmung — Ausgang in Heilung.

Anamnese: Aus einem ärztlichen Attest, welches der kleine Patient bei seiner Aufnahme mitbringt, geht hervor, dass die Eltern des Patienten gesund sind, ebenso seine 4 Geschwister.

Er selbst soll bis zu seinem fünften Jahre stets gesund gewesen sein. Seit dieser Zeit leidet er an einer fungösen Entzündung des rechten Fussgelenks und infolge davon an immer ausgeprägter werdender Atrophie dieser Extremität. Wegen dieses Leidens ist er im Jahre 1887 zweimal operiert worden und war 8 Monate lang in der Charité in Behandlung. Erst nach dieser Krankheit kam er zur Schule: er soll sehr gerne dahin gegangen sein und gut gelernt haben.

Im Nov. 1888 machte er Scharlach durch. Etwa vierzehn Tage vor Weihnachten 1888 bekommt er, wie die Mutter sich ausdrückt, einen „Schreikrampf". Als er nämlich von der Schule zurückkommt und den Hausflur passiert, schreit er plötzlich, ohne nachweisbare Veranlassung laut auf, breitet die Arme aus, legt den Kopf in den Nacken und dreht sich mehrere Male um sich selbst herum. Zu Bett gebracht, wird er rasch wieder ruhig und befindet sich ganz wohl.

Hierauf bleibt er einige Tage zu Hause, dann verlangt er aber aus eigenem Antriebe, wieder zur Schule gehen zu dürfen. Als er sich dahin aufmacht, bekommt er wieder auf dem Flur einen Anfall, der dem ersten vollständig gleicht, nur etwas länger dauert.

Nach diesem Anfall legt er sich von selbst zu Bett und zeigt auch keine Neigung mehr aufzustehen. Fordert man ihn hierzu auf, so verlässt er wohl das Bett, bittet aber bald, sich wieder hinlegen zu dürfen, da er sich so schwach fühle. Es folgt nun eine Zeit der Besserung, doch seit Anfang des Jahres 1890 treten solche Anfälle häufiger, oft mehrmals am Tage auf und es sollen dieselben zuweilen stundenlang anhalten. Er ergreift dann mit beiden Händen seine Mutter, hält sich krampfhaft an ihr fest, sein blasses Gesichtchen zeigt einen gespannten angstvollen Ausdruck, er schnappt nach Luft oder schreit laut auf und zum Schluss bekommt er profusen Schweissausbruch.

Es hat sich nun bei ihm eine schreckliche Furcht und Angst vor einem solchen Anfall herausgebildet. Dieselbe foltert ihn Tag und Nacht und seine Mutter darf ihn nicht verlassen. Seit Mitte Januar 1890 hat sie sich im strengsten Sinne des Worts nicht von seiner Seite entfernt.

Versucht die Mutter einmal, ihn allein zu lassen, so springt er aus dem Bett, stürzt ihr nach und klammert sich unter krampfhaftem Schreien an sie. Dabei ist der Puls äusserst frequent, die Atemzüge sind rasch, oberflächlich und stossweise.

Liebevolles Zureden und Versprechungen, ebenso wie ernsthafte Drohungen und gelegentliche Strafen haben es nicht vermocht, an diesem Benehmen etwas zu ändern.

Einmal glaubte der behandelnde Arzt, den kleinen Patienten durch Zureden soweit gebracht zu haben, dass sich die Mutter auf einige Augenblicke entfernen konnte; doch als er wie spielend die Händchen aus dem Kleide der Mutter loslöste und diese sich anschickte zu gehen, da geriet das Kind wieder in den Aufregungszustand; laut und angstvoll schreiend: „es kommt“, stürzt es sich zur Mutter und krampft sich in ihrem Kleid fest.

Soweit das Attest. Als der Knabe am 17. Febr. 1890 von seiner Mutter hereingebracht wird, ergänzt diese noch den Bericht dahin, dass die Anfälle anfangs alle 2—4 Tage, in der letzten Zeit jedoch viel öfter aufgetreten seien, manchmal alle Viertelstunde und am häufigsten des Abends.

Zuweilen soll Erinnerungslosigkeit für die Zeit der Anfälle bestehen; er fällt nie um, sondern springt herum und schreit. Er musste öfters festgehalten werden, sonst wäre er davon gelaufen. Die Dauer eines Anfalls beträgt 2—3 Minuten. Urin und Stuhl soll er nie unter sich gelassen haben.

Es sollen häufig Schwindelanfälle aufgetreten sein, auch hat die Mutter bemerkt, dass er sehr häufig mit der Nase geschnürft hat und des Nachts soll er oft aufgeschreckt und aufgefahren sein.

Die Mutter ist der Ansicht, dass der Kranke, der gut gelernt haben soll, die Anfälle durch geistige Überanstrengung in der Schule, namentlich beim Rechnen bekommen hat.

Die Klagen des kleinen Patienten selbst beziehen sich auf benommenes Gefühl im Kopf, auch behauptet er, das Lernen in der Schule falle ihm schwer und schliesslich klagt er noch über Schwindel.

Status am 17. Febr. 1890. Der Kranke ist sehr anämisch, von schlechter Ernährung. Am rechten Fussgelenk findet sich eine alte, tiefe, mit dem Knochen fest verwachsene Narbe; das rechte Bein ist im Wachstum zurückgeblieben, doch kann er ohne Beihilfe gehen.

Seine geistigen Fähigkeiten sind recht gut; namentlich verfügt er über gute Kenntnisse, wenn man sein Alter und die kurze Zeit, die er überhaupt zur Schule geht, bedenkt.

Der Patient schliesst das Auge wiederholt und mit krampfhaftem Lidschlag, auch das übrige Facialisgebiet zeigt Zuckungen. Sehr auffallend ist, dass er auf 3—4 ruhige Inspirationen eine lautschnaubende folgen lässt. Er gibt dafür die Erklärung, dass er keine Luft bekommen könne.

Die Pupillen sind gleich gross, reagieren gut auf Licht. Ophthalmoskopisch ist nichts nachzuweisen.

Das Kniephänomen ist beiderseits vorhanden.

Die Zunge ist ohne Narben und Bisse. Der Puls ist 90 in der Minute, von mittlerer Spannung.

Motilität und Sensibilität zeigen normales Verhalten.

Der Patient bekommt gleich im Anschluss an die Untersuchung einen Anfall. Er schreit auf, klammert sich an die Umstehenden an, stampft und tritt mit den Beinen um sich. Als es vorbei ist, sagt er: „ich habe die Schreikrämpfe".

Der Kranke liegt nun den grössten Teil der Zeit zu Bett, steht nur selten auf, klagt von Zeit zu Zeit über Kopfschmerzen, beschäftigt sich mit Spielen, liest auch etwas.

Die Therapie besteht in kalten Abreibungen.

Der Schlaf ist oft unterbrochen.

Am Abend des 11. März bekommt er wieder einen Anfall. Er stösst plötzlich einen Schrei aus, legt sich auf die linke Seite, zappelt und stampft mit Armen und Beinen und wirft den ganzen Körper hin und her. Er war voll bei Besinnung, reagierte auf Anrufen. Nach einigen Secunden war das Ganze vorbei.

Am 18. März hat er abermals 2 Anfälle, was ihn sehr deprimiert. Er zeigt einen ängstlichen Gesichtsausdruck und weint leise vor sich hin, klagt über Müdigkeit und Angegriffensein.

Bis zum 7. April hatte er im Ganzen 15 Anfälle. Er liegt dauernd im Bett, und seine Hauptklagen beziehen sich auf Kopfschmerzen, Schwindel und Abgeschlagenheit. Die kalten Abreibungen, die ausgesetzt waren, werden jetzt wieder aufgenommen.

Die Anfälle haben nun gänzlich aufgehört. Am 14. Mai geräth der Patient plötzlich in weinerliche Stimmung; er sagt, er sei total verwirrt im Kopf, die Besinnung bleibe ihm weg und bald darauf bekommt er auch wieder seinen Anfall.

Ebenso verhält es sich am 4. Juni, als der Kranke zum ersten Mal nach dem Garten getragen wird. Kaum unten klagt er über Übelsein, wird sofort wieder heraufgetragen und bekommt den Anfall.

Im Juni hat er noch einen Anfall, ebenso noch einen am 7. Juli. Von nun ab erfolgt kein Anfall mehr und er wird am 6. October 1890 entlassen.

Der Knabe, den wir hier vor uns haben, ist hereditär nicht belastet, hat sich normal entwickelt und seine geistigen Fähigkeiten werden übereinstimmend als gute bezeichnet. Seine Constitution wurde durch die seit 7 Jahren bestehende fungöse Gelenkentzündung, die hierdurch bedingten Operationen und die kurz vor den Anfällen durchgemachte Scarlatina hochgradig geschwächt. Inwieweit die Angaben der Mutter, wonach das Leiden durch Überanstrengung in der Schule hervorgerufen wäre, richtig sind, lässt sich schwer entscheiden; es mögen wohl die verschiedenen Umstände zusammen den Ausbruch der Krankheit verschuldet haben.

Der erste nach jener Überarbeitung aufgetretene Anfall mit seinem Aufschreien, dem Ausbreiten der Arme und den Drehungen des Körpers zeigt die Symptome des hysterischen Insults.

Sehr charakteristisch ist, dass der Kranke den zweiten Anfall bekommt, als er einige Tage nach dem ersten wieder denselben Ort passiert, wo dieser erste ausgebrochen war.

Nach diesen Anfällen tritt eine Zeit der Besserung ein; auf einmal jedoch werden die Insulte wieder häufiger und intensiver: der kleine Patient schreit, springt auf, klammert sich an die Umstehenden, fuchtelt mit den Armen und stampft mit den Beinen; dabei ist er völlig bei Bewusstsein. Infolge dieser Anfälle sehen wir nun einen Angstzustand sich entwickeln, der die Furcht vor denselben mit zur Ursache hat, und wohl auch im Anschluss an diese Aufregung treten hinwiederum die anfangs nur alle 2—4 Tage statthabenden Anfälle nun alle Viertelstunde auf.

So war der Zustand, als der Knabe zur Charité kam; hier werden neben unregelmässiger Respiration und häufigem Schnürfen mit der Nase auch ein wiederholter krampfhafter Lidschluss beobachtet, und diese Symptome im Verein mit dem Anfall, der sich an die erste Untersuchung anschloss und wie oben geschildert verlief, können die Diagnose Hysterie nur bestätigen.

Der Kleine verbringt nun den grössten Teil seiner Zeit im Bett. Anfangs wiederholen sich die Anfälle häufig, so dass er in den ersten 7 Wochen der Behandlung 19 Anfälle hatte. Auf die kalten Abreibungen und die Ruhe, die dem Patienten zu Teil wird, tritt jedoch eine entschiedene Besserung ein; die Anfälle werden an Zahl und Intensität geringer, so dass er im Mai und Juni zusammen bloss noch 3 Anfälle zu überstehen hat, und vom 7. Juni ab bis zum Tag seiner Entlassung, am 6. Oct., ist der Kranke vollständig anfallsfrei und kann wohl als geheilt betrachtet werden.

Wenn wir nun die vorstehenden Krankheitsbilder kurz zusammenfassend betrachten, so fällt zunächst das jugendliche Alter der Personen in die Augen. Vier Patienten sind zwischen 10 und 20 Jahren alt, nur einer zählt 53 Jahre, als das Leiden sich manifestiert. Dieses frühe Auftreten der Krankheit in unseren Fällen stimmt mit den Angaben der meisten Autoren überein; namentlich Laudouzy und Briquet betonen die Erkrankung im Pubertätsalter und ihnen schliesst sich auch Jolly[3]) an. Andere wie Scanzoni, Amann, Eulenburg legen mehr Gewicht auf die spätere Zeit, doch handelt es sich bei diesen meist, wie Jolly hervorhebt, um weibliche und gynäkologische Patienten. Jedenfalls sind sich alle darin einig, dass die hauptsächliche Zeit des Auftretens zwischen dem 10. und 40. Lebensjahre liegt,

eine Ansicht, die namentlich auch von den französischen Forschern wie Klein, Pitres, Bitot[9]) vertreten wird.

Fragen wir bei unseren Patienten nach der Heredität, so finden wir nur bei zweien einen Anhaltspunkt. Der Vater des dritten Patienten war Potator und beim vierten Kranken litt die Mutter an heftigen Kopfschmerzen.

Eine geschwächte Constitution lässt sich indess bei den übrigen Fällen — mit Ausnahme des zweiten — unschwer nachweisen. Beim ersten Patienten war die nervöse Prädisposition durch das aufreibende Leben, das starke Rauchen, die verschiedenen Traumen, die er erlitten hatte, gegeben. Der zweite Patient war durch das langdauernde rheumatische Leiden jedenfalls angegriffen, doch dürfte dies kaum genügend sein, um ihn desshalb als prädisponiert zu betrachten; die beiden folgenden Patienten sind, wie schon hervorgehoben, als hereditär belastet anzusehen und zu diesem Umstand gesellt sich beim einen die anstrengende Arbeit und später die Halsentzündung, die ihn sehr herunterbringt, beim anderen die harte Jugend und das allzu frühe Heranziehen zu gymnastischen Übungen; der letzte Patient endlich war durch die fungöse Gelenkentzündung und die kurz vor dem Auftritt der Hysterie durchgemachte Scarlatina erheblich geschwächt.

Die Gelegenheitsursache nun, welche die Hysterie in Erscheinung treten liess, war in den drei ersten Fällen jedesmal der Schreck, im vierten Fall war es ein Trauma und beim fünften Kranken waren die Anfälle nach einer geistigen Überarbeitung aufgetreten.

Gehen wir nun zur Betrachtung der einzelnen Symptome über, so finden wir bei unseren Kranken in drei Fällen Lähmungen und zwar zweimal in der Form von Hemiplegie, einmal in der von Paraplegie.

Der erste Fall zeigt nach dem Insult eine vollständige schlaffe Lähmung der linken Seite, der zweite Kranke hat eine rechtsseitige, ebenfalls schlaffe Hemiparese und der dritte endlich leidet an einer spastischen Paraplegie der Unterextremitäten.

Das Facialisgebiet war nur beim ersten Kranken mitergriffen: es zeigte sich dies in einem Verstrichensein der linken Gesichtshälfte. Auch der Hypoglossus schien bei diesem Kranken befallen, da mehrere Male auf dem Höhepunkte des Anfalls die Zunge nicht hervorgestreckt werden konnte, sondern unbeweglich am Boden der Mundhöhle lag.

Die Sprache war bei den beiden Hemiplegikern gestört und

zwar trat beim ersten Patienten die Sprachstörung, die sich in völliger Stummheit oder auch nur in erschwertem und schleppendem Sprechen documentierte, mit den anderen Symptomen periodisch und anfallsweise auf. Der zweite Kranke war beim ersten Auftreten der hysterischen Symptome stumm, dann stotterte er am zweiten Tag, um am dritten Tage nach Beginn der Krankheit wieder völlig normal zu sprechen.

Zittererscheinungen kamen nur beim zweiten Kranken zur Beobachtung. Das Zittern trat im Anschluss an den Schreck im ganzen Körper auf, dann lokalisierte es sich in den Beinen, dem Sitz der Parese und schliesslich verschwindet es auch hier, um in der Zunge constant zu bleiben.

Die Sehnenreflexe sind in zwei Fällen verändert, beide Male erhöht und zwar beim ersten und beim dritten Fall; sonst ist das Verhalten ein durchaus normales.

Eine Alteration der Sensibilität ist bei vier Kranken zu constatieren: wir haben dreimal Anästhesie und einmal Hyperästhesie zu verzeichnen. Bei den beiden ersten Kranken ist die gelähmte Seite Sitz einer Herabsetzung der Sensibilität für alle Qualitäten, namentlich auch Sitz einer Analgesie, die sich jedoch auch auf die von der Lähmung verschonte Körperseite ausdehnt; der vierte Kranke hat eine rechtsseitige Analgesie mit anästhetischen Zonen ohne Lähmungserscheinungen; während der dritte Patient, der Paraplegiker, an einer Hyperästhesie und Hyperalgesie seiner gelähmten Unterextremitäten leidet.

Die Schleimhäute sind bei allen drei von Hemianästhesie Betroffenen mitergriffen.

Die Sinnesorgane nehmen ebenfalls bei diesen drei Patienten an der Empfindungslähmung Teil. Die Gesichtsfelder sind sämmtlich concentrisch eingeengt und zwar ist das Gesichtsfeld der von der Anästhesie vorzugsweise befallenen Körperseite auch stets mehr eingeengt als das der intakten. Das Sehen ist dann weiter gestört in Form von Dyschromatopsie. Manchmal besteht Amaurose und zwar kann bei einem Patienten (Fall IV) mittelst des Stereoskops nachgewiesen werden, dass der Kranke in der That auf dem betreffenden Auge nicht zu sehen vermochte.

Auch die Prüfung des Gehörs, Geruchs und Geschmacks ergibt das Resultat, dass die Verminderung oder das Aufhören der Empfindungsfähigkeit, ebenso etwaige Parästhesien auf der auch sonst anästhetischen Seite stärker ausgeprägt sind als auf der anderen.

Vasomotorische Erscheinungen kamen nur im ersten Fall zur Beobachtung, dieselben treten als Cyanose und Kälte der

gelähmten Extremität auf. Dieser erste Kranke zeigte auch noch eine mit den Anfällen auftretende Herzarhythmie.

Kommen wir nun zu den Anfällen selbst. Typische Insulte sind in Fall III, IV und V zu verzeichnen: es treten gewöhnlich nach ruckartigen Zuckungen grosse Bewegungen und Contorsionen, Umsichschlagen mit den Armen und Stampfen mit den Beinen auf, wobei das Bewusstsein mehr oder weniger getrübt oder auch ganz verloren ist, die Reflexe dagegen erhalten sind. Beim ersten Kranken besteht der Anfall darin, dass plötzlich — zuweilen mit Bewusstseinverlust oder grosser Benommenheit — sämmtliche bei Besprechung des Falles geschilderte Symptome auftreten.

Eine Aura konnte bei allen Patienten, die Anfälle hatten, beobachtet werden, bei Keinem jedoch trat sie regelmässig und sicher vor dem Anfall auf. Sie bestand je nach dem Kranken in Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Bangigkeit und Übelsein; beim ersten Kranken ist auch die Arhythmie des Herzens hieher zu rechnen. Es ist indess, wie schon bemerkt, hervorzuheben, dass diese Erscheinungen durchaus nicht jedesmal zu constatieren waren.

Der Verlauf der Krankheit war bei den einzelnen Fällen ein sehr verschiedener. Der erste Patient zeigte bald Besserung und vollständige Wiederherstellung die Symptome betreffend; bald kamen diese wieder plötzlich in ihrer ganzen Schwere und Ausdehnung zu Tage. Der zweite Patient zeigte ein gerade entgegengesetztes Verhalten: bei diesem sind die Erscheinungen während eines sich über 2 Jahre erstreckenden Zeitraumes vollkommen stabil geblieben. Beim dritten Kranken ist in der kurzen Zeit der Beobachtung eine Besserung durch Behandlung mit dem faradischen Pinsel zu constatieren, wenn auch nach jedem Anfall die Lähmung wieder etwas schlimmer wird. Der vierte Fall zeigt wieder eine grosse Stabilität seiner Empfindungsstörungen bei einem grossen Wechsel der psychischen Stimmung, und beim letzten Patienten endlich ist eine langsame aber stetige Abnahme der Anfälle zu constatieren und zuletzt ist der Kranke ganz von denselben befreit.

Zum Schlusse soll die Psyche der Patienten noch einige Berücksichtigung finden; dieselbe ist bei der Mehrzahl der Fälle wenigstens als etwas alteriert zu betrachten.

Der Geisteszustand des ersten Kranken ist in der Pause zwischen den Anfällen ein völlig normaler. Nach dem Anfall jedoch ist der Kranke deprimiert und oft macht er einen benommenen, stumpfen und indolenten Eindruck, was oft ziemlich lange andauert.

Sehr hervorstechend ist die psychische Änderung beim zweiten Patienten. Nach der Aussage des Vaters war der Knabe stets munter und aufgeweckt und erst mit dem Auftreten der Krankheit ist er still und trübsinnig geworden und denkt immer über seinen Zustand nach.

Der dritte Kranke nun behauptet stets an jenem leichten Zusammenschrecken und der übergrossen Ängstlichkeit gelitten zu haben, welche an ihm bemerkt werden.

Der vierte Fall zeigt, wie schon oben betont, mit seiner wechselnden Stimmung, seinem schüchternen und befangenen Gebahren, seiner leichten Reizbarkeit und Weinerlichkeit ein typisches Verhalten.

Der fünfte Kranke endlich hat auch erst seit seiner Krankheit ausgesprochene Angstanfälle und eine niedergeschlagene Stimmung.

Wenn wir nun die hier aufgeführten Erscheinungen daraufhin ansehen, ob sie den Symptomen gleich sind, welche wir bei der Hysterie des Weibes zu sehen gewohnt sind, so müssen wir zugeben, dass dies in der That der Fall ist, dass die hier betrachteten Fälle von männlicher Hysterie dasselbe Bild liefern, wie die Hysterie der Frau und dass bei unseren Kranken die Symptome an Mannigfaltigkeit und Schwere durchaus nicht nachstehen denen bei der weiblichen Hysterie.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit, die gütige Überweisung des Materials und die freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen wärmsten und aufrichtigsten Dank abzustatten.

Litteratur.

[1]) Eichhorst, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.
[2]) Guinon, Les agents provocateurs de l'hystérie. Progrès médical 1889.
[3]) Ziemssens Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Krankheiten des Nervensystems: Hysterie von Jolly.
[4]) Marie, Etude statistique sur l'hystérie à la consultation du bureau central des hôpitaux de Paris. Progrès médical 1889.
[5]) Reischauer, Dissertation.
[6]) Oppenheim, Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen.
[7]) Berliner klinische Wochenschrift No. 25. 1890.
[8]) Charcot, Oeuvres complètes, Tome III.
[9]) Bitot, L'hystérie mâle.

Thesen.

I.

Die Hysterie zeigt beim Manne und bei der Frau dasselbe Krankheitsbild.

II.

Es ist im allgemeinen nötig, dass das den Ausbruch der Hysterie veranlassende Moment eine prädisponierte Constitution trifft.

III.

Bei Männern werden viele Fälle von Hysterie als Neurasthenie oder Hypochondrie bezeichnet.

Lebenslauf.

Verfasser, Gustav Mann, evangelischer Confession, wurde am 27. Februar 1867 in Stuttgart als Sohn des nunmehr verstorbenen Kaufmanns Gustav Mann geboren. Er besuchte dort das Kgl. Realgymnasium, auf welchem er im Herbste 1885 das Zeugniss der Reife erhielt. Nach einer in derselben Zeit bestandenen Ergänzungsprüfung am humanistischen Gymnasium wurde er im October 1885 an der Kgl. bayrischen Julius-Maximilians-Universität in Würzburg zum Studium der Medizin immatriculiert. In dieser Stadt genügte er im Sommer 1886 seiner militärischen Dienstpflicht beim Kgl. bayrischen 9. Infanterieregiment. Nachdem er im Frühjahr 1888 die ärztliche Vorprüfung an genannter Universität bestanden hatte, bezog er die Universität München, wo er bis zum Frühjahr 1889 blieb. Er ging nun an die Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin und bestand hier am 29. Juli 1890 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

In Würzburg: Decker, Fischer, Fick, v. Kölliker, Kohlrausch, v. Sachs, Semper, Stöhr.

In München: Angerer, Bauer, Bollinger, v. Nussbaum, Tappeiner, Ziemssen.

In Berlin: Bardeleben, v. Bergmann, Gerhardt, Gusserow, Klemperer, Koch, Lassar, Leyden, Lewin, Liebreich, Mendel, v. Noorden, Olshausen, Oppenheim, Schweigger, Siemerling, Uhthoff, R. Virchow, Winter.

Allen diesen, seinen hochverehrten Herren Lehrern fühlt sich der Verfasser zu aufrichtigstem Danke verpflichtet.